

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!

Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit

Beratung von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung
Eine Annäherung an die speziellen Herausforderungen in der Praxis
der Sozialarbeit



Claudia Emmenegger
&
Brigitta Kury-Albisser

August 2015

Bachelor-Arbeit
Sozialarbeit
TZ/BB 2010–2015
TZ/BB 2011–2015

Claudia Emmenegger
Brigitta Küry-Albisser

Beratung von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung
Eine Annäherung an die speziellen Herausforderungen in der Praxis der Sozialarbeit

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im August 2015 in 3 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher naheliegend, dass die Diplomantinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/-innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2015

Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Vorwort

An dieser Stelle möchten wir ein paar Worte des Dankes anbringen an all diejenigen, die uns in der Zeit der Bachelor-Arbeit unterstützt haben.

Ein grosses Dankeschön soll an dieser Stelle unserer Dozentin Elke Brusa ausgesprochen werden. Sie hat uns mit wertvollen Informationen versorgt und war immer wieder sehr inspirierend für uns durch ihr grosses Engagement im Modul Sozialarbeit und psychische Gesundheit. Ein weiterer Dank geht an Patrick Zobrist, der zu jeder Anfrage von uns immer eine Antwort hatte.

Weitere Dankesworte sollen an unsere Korrektorin gehen, die termingerecht und mit grossem Fleiss unsere Arbeit korrigiert hat.

Den allergrössten Dank wollen wir unseren Familien aussprechen. Ohne die grosse Unterstützung und das immer wieder Mutmachen wäre es den Autorinnen nicht möglich gewesen, all dies zu leisten. Die Familien der beiden mussten oft auf sie verzichten und so manchen Druck aushalten. Dafür gebührt ihnen allen eine grosse Wertschätzung.

Auf dem Titelblatt befindet sich ein Bild des belgischen Malers James Ensor (1860–1949) „Selbstporträt mit Maske“. Das Bild lädt uns ein, über unsere Persönlichkeit nachzudenken und sie vielleicht mit derjenigen des Künstlers zu vergleichen, der sich so darstellt, als sei er von sozialen und kulturellen Erwartungen und von der damit verbundenen Falschheit und Scheinheiligkeit entlastet. Allein der Künstler, so scheint es, hat den Mut, sich zu zeigen.

Abstract

In der Sozialarbeit kommt der Beratung eine Schlüsselposition zu. Sie stellt hohe Anforderungen an die Professionellen der Sozialarbeit. Die Wirklichkeiten von Sozialarbeitenden und Klientinnen und Klienten treffen aufeinander und unterschiedliche Motive leiten die beiden Seiten. Eine spezielle Herausforderung besteht in der Beratung von Personen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden. Dieses Klientel sucht die Beratung nicht wegen ihrer Störung auf, sondern weil die Kosten, die ihre Störung mit sich bringt, sehr hoch sind. Die Persönlichkeitsstörung ist eine Beziehungsstörung und zeigt sich in der Interaktion mit dem Gegenüber. In diesem Sinne kommt der Beratung ein hoher Stellenwert zu. Unter der Berücksichtigung der jeweiligen Motive, die hinter der Persönlichkeitsstörung verborgen liegen und sich in Schemata zeigen, soll die Beratung ein Vertrauensverhältnis aufbauen. Dieser Beziehungskredit kann durch komplementäre Beziehungsgestaltung erreicht werden und kann handlungsleitend sein für zukünftige Beziehungsaufnahmen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Abstract	2
Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
1 Einleitung	8
1.1 Ausgangslage/Stand des Wissens	8
1.2 Motivation	8
1.3 Begrifflichkeiten	9
1.4 Fragestellungen	10
1.5 Ziel der Bachelor-Arbeit	10
1.6 Aufbau der Arbeit	10
2 Persönlichkeitsstörungen	11
2.1 Eine Annäherung an den Begriff Persönlichkeitsstörung	11
2.2 Zum Begriff der Persönlichkeitsstörung	12
2.3 Klassifikationen	13
3 Arten von Persönlichkeitsstörungen	17
3.1 Narzisstische Persönlichkeitsstörung	17
3.2 Histrionische Persönlichkeitsstörung	17
3.3 Dependente Persönlichkeitsstörung	18
3.4 Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	18
3.5 Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung	19
3.6 Schizoide Persönlichkeitsstörung	19
3.7 Paranoide Persönlichkeitsstörung	19
3.8 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	19
4 Entstehung von Persönlichkeitsstörungen	21
4.1 Fazit	22
4.2 Ein Erklärungsversuch	22
4.2.1 Das Modell der doppelten Handlungsregulation	22
4.2.2 Motivebene	23
4.2.3 Dysfunktionale Schemata	24
4.2.4 Entwicklung von dysfunktionalen Schemata	24
4.2.5 Die Spielebene	24
4.2.6 Images und Appelle	25

4.2.7	Verdeckte Appelle	25
4.3	Ein zweiter Erklärungsversuch	26
4.3.1	Ätiologie und Pathogenese	26
4.3.2	Fazit	27
4.4	Behandlungsmöglichkeiten.....	28
5	Beratung	30
5.1	Definition Beratung allgemein.....	30
5.2	Definition professionelle Beratung	30
5.3	Merkmale und Ziele der Sozialberatung	32
5.4	Definition Klinische Sozialarbeit.....	36
5.4.1	Kurzer Abriss über die Geschichte der Klinischen Sozialarbeit.....	37
5.4.2	Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheitsstörungen.....	37
5.5	Beratung versus Therapie	39
5.5.1	Fazit	43
5.6	Das Beratungsgespräch	43
5.6.1	Kompetenzen der Beratenden und der Ratsuchenden	43
5.6.2	Problembewältigungsprozess	45
5.6.3	Behördlich verordnete Erstgespräche	46
5.6.4	Angebotene Dienstleistungen oder Beratungen.....	46
5.6.5	Erbetene Unterstützungsleistungen	46
5.6.6	Fazit	48
5.7	Beratungsmethoden und -techniken.....	49
5.7.1	Klientenzentrierte Gesprächsführung.....	49
5.7.1.1	Empathisches Verstehen.....	49
5.7.1.2	Unbedingte Wertschätzung	49
5.7.1.3	Kongruenz	49
5.7.2	Fazit	50
5.8	Systemisch-lösungsorientierte Beratung	50
5.8.1.1	Entwicklungen der systemischen Therapie und Beratung	51
5.8.1.2	Beratungssystem und Klienten-/Klientinnensystem.....	52
5.8.1.3	Fazit.....	54
5.8.2	Motivorientierte Gesprächsführung	55
5.8.2.1	Konsistenztheorie bzw. Bedürfnistheorie.....	55
5.8.2.2	Motivorientierte Beziehungsgestaltung.....	57
5.8.2.3	Fazit.....	58
6	Ethische Überlegungen.....	59

6.1	Ethik und Moral: eine Begriffsabgrenzung	59
6.2	Werte und Normen	59
6.3	Die Menschenrechte.....	60
6.4	Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz	60
6.5	Ethische Überlegungen zum Umgang mit Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung auf der Basis des Berufskodex.....	61
6.6	Fazit.....	62
7	Handlungstheorien und Modelle	63
7.1	Praxisbeispiel	65
7.1.1	Fallbeschreibung.....	66
7.1.2	Ausgangslage	67
7.1.3	Situationsbild.....	68
7.1.4	Problemdefinition	69
7.1.5	Zielformulierung	70
7.1.6	Interventionsplan.....	70
7.1.7	Evaluation	71
7.2	Fazit.....	72
8	Beantwortung der Fragestellungen und Ausblick.....	73
8.1	Frage 1	73
8.2	Frage 2	73
8.3	Frage 3.....	74
8.4	Ausblick.....	74
9	Literaturverzeichnis	76

Die Autorinnen halten an dieser Stelle fest, dass sie die gesamte Bachelor-Arbeit gemeinsam geschrieben haben.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kognitiv-interaktionelles Erklärungsmodell (Herpertz und Sass, 2003, S. 119)	18
Abbildung 2: Modell der doppelten Handlungsregulation (Sachse, 2014, S. 28)	23
Abbildung 3: Beratung als Brücke zwischen Problem und Hilfesystem (Redlich, 1997, S. 153) 31	31
Abbildung 4: Strukturierungshilfe sozialarbeiterischer Beratung (Weber, 2012, S. 12)	33
Abbildung 5 Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheitsstörungen nach ICF (International Classification of Functioning Disability and Health von der WHO), zit. in Bosshard et.al., 2013, S.27(leicht modifiziert).	38
Abbildung 6 Zirkulärer Problemösungsprozess (Weber, 2012, S.20)	45
Abbildung 7 Das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens (eigene Darstellung auf der Basis von Grawe,.....	56
Abbildung 8: Das Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie (Solér et al., 2009, S. 21)	64
Abbildung 9 Das 5-Säulen-Modell nach Petzold, 1982, S. 174–175 (eigene Darstellung).....	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich SM-5 und ICD-10 (eigene Darstellung)	14
Tabelle 2: Cluster, Vergleich DSM-5 und ICD-10 (eigene Darstellung)	16
Tabelle 3: Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung (Bosshard et al., 2013, S. 356)	21
Tabelle 4: Unterschiede zwischen Beratung und Therapie (F. Mattejat & J. Pauschardt, 2009, In Warschburger, Petra, 2009,	42
Tabelle 5: Beraterische Auftragsmuster nach De Jong & Kim Berg (2002) (leicht modifiziert nach Kunz, 2013)	48
Tabelle 6: Risiko- und Schutzfaktoren (eigene Darstellung)	69

1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die Motivation und die Ausgangslage für diese Bachelor-Arbeit dargestellt. Es sollen erste Begrifflichkeiten geklärt und thematische Abgrenzungen erläutert werden. Das Ziel der Autorinnen ist transparent gemacht und die Fragestellungen für diese Bachelor-Arbeit sind ersichtlich. Die einzelnen Kapitel werden kurz erläutert.

1.1 Ausgangslage/Stand des Wissens

Wenn von einer Persönlichkeitsstörung gesprochen wird, so nehmen wir an, dass es sich um eine Störung der Gesamtpersönlichkeit handelt. Dies ist jedoch ein Trugschluss. Rainer Sachse (2013), an dem sich die Autorinnen stark orientieren, betont, dass es sich im Kern um Beziehungsstörungen handelt, die sich in der Interaktion zeigen (S. 14). Wir werden noch detailliert darauf eingehen. Bei Persönlichkeitsstörungen handelt es sich um bedeutsame Erkrankungen, die in der Psychiatrie eine immer grössere Rolle einnehmen. Rudi Merod (2009) erwähnt, dass gemäss neueren Studien 10–15% der Bevölkerung an einer Persönlichkeitsstörung leiden. Am häufigsten tritt die ängstlich-vermeidende Störung auf (S. 35).

Bei den Invalidenversicherungen macht der Anteil der Bezüger und Bezügerinnen, die aufgrund einer Persönlichkeitsstörung eine Rente beziehen, den grössten Teil aus. Dies sind in Prozent ausgedrückt 70%, die aufgrund einer auffälligen Persönlichkeit eine IV-Rente beziehen. Wenn man der Frage nachgeht, wen ein Arbeitgeber oder eine Arbeitgeberin eher im Betrieb halten möchte, so schneiden auch hier die Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung am schlechtesten ab. Dies gemäss einer Studie, die vom Bundesamt für Sozialversicherungen (2009) in Auftrag gegeben wurde. Dies könnte daran liegen, dass sich diese Störung in der Leistungs- und Beziehungsfähigkeit zeigt und vor allem hier wesentliche Beeinträchtigungen bestehen.

Wenn wir davon ausgehen, dass es sich im Kern um eine Beziehungsstörung handelt, und davon gehen die Autorinnen aus, so ist die Soziale Arbeit in psychiatrischen als auch in anderen Einrichtungen mit Menschen, die diese Diagnose haben, konfrontiert.

Aus diesem Grund erachten es die Autorinnen als wichtig, mit dieser Arbeit eine Handlungsempfehlung für den Umgang im Beratungsalltag der Sozialarbeit zu legen.

1.2 Motivation

Die Autorinnen tauschten sich bei einem Spaziergang auf dem Sonnenberg über Kriens (LU) über verschiedene schwierige Beratungssituationen in ihrem Arbeitsalltag aus. Sie arbeiten in verschiedenen Arbeitsfeldern. Die eine Autorin auf einem polyvalenten Sozialdienst und die andere in einer Kontakt- und Anlaufstelle für suchtmittelabhängige Menschen. Immer wieder sind sie konfrontiert mit Klienten und Klientinnen, die ein ausgesprochen herausforderndes Verhalten zeigen, kaum beziehungsfähig sind und hohe Kosten, nicht monetärer Art, verursachen. Die Autorinnen fühlen sich oft manipuliert von diesen Klienten und Klientinnen und haben dem nicht viel entgegenzusetzen.

Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturrecherche. Aus zwei Gründen haben die Autorinnen sich dafür entschieden. Zum einen lässt es ihnen mehr Freiraum, da beide mit Beruf und Familie engagiert sind, und zum anderen lässt sich viel Literatur zu diesem psychiatrischen Krankheitsbild finden.

Durch das Modul an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit „Sozialarbeit und psychische Gesundheit“ wurden die Autorinnen auf die psychische Erkrankung Persönlichkeitsstörung aufmerksam und daraus entstand die Motivation, dieses Krankheitsbild mit der Beratung in der Sozialarbeit zu verknüpfen. Die Beratung ist eine Schlüsselkompetenz in unserem Berufsfeld und aus diesem Grund sehen es die Autorinnen als wichtig an, zu diesem Thema eine Bachelor-Arbeit zu schreiben. Wie in der folgenden Arbeit noch deutlich zum Ausdruck kommen wird, sind Menschen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, in hohem Masse manipulativ. Es ist aus diesem Grund wichtig, ein vertieftes Wissen über dieses psychiatrische Krankheitsbild zu haben und fundierte Kenntnisse, wie diese Klienten und Klientinnen psychisch funktionieren. Dies wird auch von Sachse (2014) betont. Es sollte ein tieferes Verständnis entstehen, wie diese Menschen denken, was sie wollen und warum ihre Handlungen so sind, wie sie sind (S. 7).

1.3 Begrifflichkeiten

Im Folgenden möchten die Autorinnen zur besseren Lesbarkeit dieser Bachelor-Arbeit einige Begrifflichkeiten klären.

Die drei Berufsgruppen Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokulturelle Animation haben das gleiche Dach, die Soziale Arbeit. Dies wurde Ende der 80er-Jahre von der Erziehungsdirektorenkonferenz und später auch von der Fachhochschulkonferenz so festgelegt. Auch der Gegenstand der drei Berufsgruppen ist derselbe. Hierzu soll die Übersetzung von Beat Schmocker (2008) dienen. Er betont, dass diese Definition der Profession Sozialer Arbeit von allen drei Berufsgruppen getragen werden könne.

Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben. Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfeldler aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental. (S. 9)

Wenn nun in der folgenden Bachelor-Arbeit von Sozialer Arbeit gesprochen wird, so sind alle drei Tätigkeitsfelder angesprochen. Reden die Autorinnen von Sozialarbeit, so ist explizit dieses Arbeitsfeld gemeint.

In der folgenden Arbeit haben sich die Autorinnen für die Klienten oder in der gendergerechten Schreibweise für Klientinnen entschieden. Zum Teil wird auch der Begriff Klientel verwendet. Dies entgegen den Ausführungen von Andreas Lob-Hüdepohl (2007). Er betont, dass mit dem „Klienten“ im ursprünglichen Wortsinn ein Schutzbefehlener eines Patrons gemeint ist und somit ist er oder sie hierarchisch untergeordnet. Des Weiteren führt er aus, dass somit eine Abwertung für die Adressaten und Klientinnen der Sozialen Arbeit geschieht (S. 114–115). Da im Berufsalltag der beiden Autorinnen aber dennoch von Klienten und Klientinnen gesprochen wird, bedienen sie sich dieses Begriffes; nicht im Sinne einer Abwertung, sondern für einen gelingenderen Theorie-Praxis-Transfer.

1.4 Fragestellungen

Aufgrund der Ausgangslage und der Motivation der Autorinnen lassen sie sich von Fragestellungen in dieser Bachelor-Arbeit leiten, die das Beschreibungswissen, das Erklärungswissen und das Bewertungswissen einschliessen.

Frage 1

Wie wird das Bild der Persönlichkeitsstörung beschrieben?

Frage 2

Welche Erklärungen gibt es für die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen und wie wirken sie sich auf das soziale Verhalten der Betroffenen aus?

Frage 3

Welche Handlungsempfehlungen lassen sich für die Praxis der Sozialarbeit in der Beratung im Umgang mit Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung ableiten?

1.5 Ziel der Bachelor-Arbeit

Die Autorinnen möchten mit dieser Bachelorarbeit der Leserschaft ein Grundlagenwissen über das psychiatrische Krankheitsbild der Persönlichkeitsstörung vermitteln, indem die verschiedenen Störungen beschrieben und in Bezug zum Erklärungswissen gesetzt werden. Damit möchten die Autorinnen, dass Berufsleute, die mit Menschen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, zu tun haben, das Verhalten besser verstehen, die manipulativen Muster einordnen und mit entsprechender Achtsamkeit darauf reagieren können. Zudem soll ein zentrales Element auf die Beratungssituationen gelegt werden und auf Methoden, welche sich mit diesem Klientel im Speziellen anbieten.

1.6 Aufbau der Arbeit

Die erste Fragestellung beschreibt die verschiedenen Formen des Krankheitsbildes der Persönlichkeitsstörung. Hier wird vor allem auf Sachse (2013) Bezug genommen. Zwei verschiedene Klassifikationssysteme werden kurz vorgestellt

Die zweite Fragestellung widmet sich zwei verschiedenen Erklärungsversuchen von Persönlichkeitsstörungen, deren Ursachen, den Risikofaktoren und den psychosozialen Folgen, die aus dieser psychischen Erkrankung entstehen können.

Die dritte Fragestellung setzt die Erkenntnisse aus den vorherigen Fragestellungen in Zusammenhang mit der sozialarbeiterischen Beratungspraxis. Nach Ansicht der Autorinnen und nach ausgewählter Literaturrecherche lassen sich die aufgeführten Methoden und Techniken im Besonderen für die Beratung mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen anwenden.

Mit einem persönlichen Fazit der Autorinnen und mit einer weiterführenden Fragestellung schliesst diese Bachelor-Arbeit ab.

2 Persönlichkeitsstörungen

2.1 Eine Annäherung an den Begriff Persönlichkeitsstörung

Unter dem Begriff der Schizophrenie und der Depression können sich viele etwas vorstellen und die Begriffe lassen sich als Krankheitsbilder einordnen. Fällt das Wort Persönlichkeitsstörung, stehen wir vor einem Phänomen, das sich nur schwer fassen lässt und viele Facetten aufweist. Schwierig sind sie im Umgang, die Menschen mit einer Störung der Persönlichkeit. Ganze Teams können sie durcheinanderbringen und als sehr manipulativ gelten sie auch. Das Krankheitsbild geht mit vielen Stigmatisierungen einher, die für die Betroffenen zu einer zusätzlichen Belastung führen.

Der Begriff der Persönlichkeitsstörung wird synonym für vieles verwendet. Im näheren Umfeld jedes Menschen fallen Personen auf die eine oder andere Art durch merkwürdiges Verhalten oder ausgeprägte Eigenschaften auf. Im Volksmund werden anhand von Redewendungen die verschiedenen Ausprägungen bildlich dargestellt. Jedem von uns fallen dazu verschiedene Personen aus dem nahen Umfeld ein. Auch für sich selber lässt sich die eine oder andere Redewendung anwenden. Im Folgenden einige Beispiele zur näheren Verdeutlichung:

„Immer mit dem Kopf durch die Wand“

„Bei dem liegen die Nerven blank“

„Immer zwischen himmelhochjauchzend und zu Tode betrübt“

„Mir platzt gleich der Kragen“

„Ich habe schon einen ganz dicken Hals“

„Über Leichen gehen“

„Jemandem ist alles Wurscht“

„Nicht mehr über den Berg sehen“

Der Übergang von einer „normalen“ Persönlichkeit zu einer Störung der Persönlichkeit ist fließend zu betrachten. Jeder Persönlichkeitsstörung lässt sich eine Persönlichkeitsvariante oder ein Persönlichkeitsstil zuordnen, der jedoch weniger ausgeprägt ist und zu weniger Belastungen führt. In seinem Buch erläutert Peter Fiedler (2007), dass die Abweichungen von sozial akzeptiert bis hin zu sozial nicht akzeptiert fließend zu betrachten sind und stark vom jeweiligen Kontext, in dem sich die Person befindet, abhängig ist. Aus diesem Grund bestehen auch grosse Abweichungen zwischen den Kulturen und den verschiedenen psychiatrischen und psychologischen Richtungen (S. 3).

Der Begriff Persönlichkeit stammt vom lateinischen Wort persona ab, was so viel bedeutet wie „Theatermaske“. In der Antike diente die Theatermaske zur Erhaltung der Identität einer Rolle, auch wenn diese von unterschiedlichen Schauspielern und Schauspielerinnen eingenommen wurde. Als Persönlichkeitsmerkmale bezeichnet man alles, was uns von anderen Menschen unterscheidet und uns einzigartig macht. Genau dies macht eine Person so unverwechselbar wie die Theatermaske eine Rolle. (Manfred Schmitt und Christine Altstötter-Gleich, 2010, S. 7).

Die Definition von Fiedler (2007) unterstreicht dies noch:

Persönlichkeit und Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen sind Ausdruck der für ihn eigenen charakteristischen Verhaltensweisen und Interaktionsmuster, mit denen er gesellschaftlich-kulturellen Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Suche nach einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen versucht. (S. 2)

Ab wann gilt denn eine Persönlichkeit als „krank“ oder „gestört“? Wann spricht man von einer Störung der Persönlichkeit? Im nächsten Abschnitt soll das Krankheitsbild der Persönlichkeitsstörung allgemein betrachtet werden. Die Klassifizierungsinstrumente zur Bestimmung der verschiedenen Formen der Persönlichkeitsstörung sollen zudem in diesem Kapitel dargelegt werden.

2.2 Zum Begriff der Persönlichkeitsstörung

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts bestimmten Begriffe wie „Psychopathische Minderwertigkeit“, „Psychopathische Konstitution“ oder „Psychopathische Persönlichkeit“ den Diskurs. Diese Begrifflichkeiten drückten deutlich eine moralisch-wertende Haltung aus. Marianne Bosshard, Ursula Ebert und Horst Lazarus (2013) halten fest, dass unter dem Druck der WHO die Begriffe „Soziopathie“ und „Psychopathie“ ganz entfernt und durch den Begriff der Persönlichkeitsstörung ersetzt wurden. Unter dem Kriterium der Persönlichkeitsstörung werden das Leiden der betroffenen Personen und die sich daraus ergebenden Einschränkungen der sozialen Kompetenzen beschrieben (S. 352).

Prägend für eine wertfreie Begrifflichkeit war um 1923 der Psychiater Kurt Schneider (1940). Er entwickelte eine Systematisierung der Persönlichkeitsstörungen und versuchte damit, diese Störungen konkreter zu erfassen. Er beschrieb zehn Formen und beeinflusste damit massgeblich alle späteren Typologien und Klassifikationssysteme (Marko Hurst und Gerhard Dammann, 2013, S. 7).

Gemäss Marcus Damm (2012) charakterisiert sich der Begriff der Persönlichkeitsstörung durch verschiedene Faktoren und Phänomene. Er unterscheidet unangepasste, unflexible und andauernde Verhaltensmuster. In den meisten sozialen Interaktionssituationen zeigt sich ein tief verwurzeltes Fehlverhalten, welches zu unpassenden Reaktionen der betroffenen Personen gegenüber anderen führt. Die Störung ist ein fester Bestandteil der Persönlichkeit und zeigt sich in Form mangelnder Impulskontrolle, Antrieb und Motivation. Die Wahrnehmung ist getrübt. All dies führt zu einer starken Einschränkung der Leistungsfähigkeit (S. 24).

Damm (2012) definiert den Begriff der Persönlichkeitsstörung folgendermassen: „Persönlichkeitsstörungen sind langjährig persistierende unflexible Charakterzüge und Verhaltensmuster eines Individuums, die sich in zahlreichen Situationen manifestieren und zu subjektivem Leiden des Betroffenen und seiner sozialen Umgebung führen“ (S. 22).

Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung soll laut Bosshart et al. (2013) erst gestellt werden, wenn die Beziehungsstörungen das berufliche und private Leben so extrem belasten, dass es zu subjektiven Beschwerden kommt. Zudem muss eine organische Erkrankung ausgeschlossen werden. Zur Diagnosestellung können Interviews dienen.

Weiter nennen sie wichtige Kriterien wie die Stabilität des abweichenden Verhaltens und der Beginn der Erkrankung im späten Kindesalter oder in der Adoleszenz. Sie verweisen auch darauf, dass das Verhalten deutlich von den kulturell erwarteten Normen abweicht. Als wichtiges Diagnoseelement erscheint zudem die Wahrnehmung und Interpretation von Ereignissen gekoppelt mit der Vorstellung von sich und anderen (S. 352–353).

Eine gesellschaftliche Bewertung vermischt mit psychopathologischen Konzepten wird von Sabine C. Herpertz und Henning Sass (2003) betont. Dies führte zu einer negativen Beurteilung der Persönlichkeitsstörungen, was bis heute nicht ganz ausgeräumt werden konnte (S. 3).

Aus diesen Ausführungen entsteht der Eindruck, dass es sich um Störungen der Gesamtpersönlichkeit handelt. Dies wäre aber grundlegend falsch, denn Damm (2012) hält fest, dass es sich um Beziehungsstörungen handelt und es im Kern um die Interaktion der Beziehungsgestaltung geht. Das herausfordernde Verhalten basiert auf falschen Annahmen in Bezug auf die Interaktion mit sich selber und anderen (S. 20–21).

Entsprechendes findet sich auch bei Bosshart et al. (2013). Die verschiedenen Verhaltensweisen sind immer Ausdruck von zwischenmenschlichen Problemen, die sich in zwischenmenschlichen Interaktionen abzeichnen (S. 353).

Sachse (2014) bestätigt diese Aussagen in seinen Ausführungen. Früher nahm man an, dass es sich um Störungen der Gesamtpersönlichkeit handelt. Heute weiss man, dass es vor allem Interaktionsstörungen sind und diese demzufolge den Beziehungsstörungen zuzuordnen sind. Aufgrund von Schemata, die sich verfestigt haben, gehen Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung von Überzeugungen aus, die zu dysfunktionalem Verhalten führen. Dieses Verhalten führt zu Strategien, die von den Interaktionspartnern als schwierig, manipulativ und destruktiv wahrgenommen werden (S. 11).

Beim Studium der verschiedenen Literatur zum Thema Persönlichkeitsstörungen decken sich gewisse Aussagen. So legt Fiedler (2007) dar, dass Personen mit einer Persönlichkeitsstörung eine deutliche Abweichung im Wahrnehmen, Denken und Fühlen in Bezug zur Mehrheit der Bevölkerung aufweisen. Zudem bestehen anhaltende und tief verwurzelte Verhaltensweisen, die sich in Form von starren Reaktionen zeigen (S. 33).

Dies wird von Alexander Trost und Wolfgang Schwarzer (2013) bestätigt und ergänzt. Sie betonen die grundsätzlich positiven Eigenschaften der Persönlichkeit, die sich aber durch die unflexible Ausprägung negativ auf soziale Kontakte auswirken und zu Problemen und Konflikten führen (S. 190).

2.3 Klassifikationen

In der folgenden Tabelle werden die Persönlichkeitsstörungen nach den gängigen Diagnoseinstrumenten wie dem DSM-5 und dem ICD-10 aufgelistet.

Die Kriterien der ICD-10 für eine Persönlichkeitsstörung sind (gemäss WHO, 1993, S. 225) die folgenden:

- Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in Beziehungen
- Andauernde und nicht auf Episoden begrenzte abnorme Verhaltensmuster
- Tiefgreifende und in vielen Situationen eindeutig unpassende Verhaltensmuster
- Störungsbeginn in Kindheit und Jugend und volle Ausprägung im Erwachsenenalter
- Deutliches subjektives Leiden
- Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit

Vergleich DSM-5 und ICD-10

DSM-5 der amerikanischen Psychiatischen Vereinigung (APA)	ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	Die Persönlichkeitsstörung ist durch folgende Ausprägungen gekennzeichnet
paranoide	paranoide (auch querulatorische und sensitive)	misstrauend, nachtragend, auf eigenen Rechten bestehend
schizoide	schizoide	einzelgängerisches Verhalten, schwache Reaktion auf Emotionen
antisoziale	dissoziale	Mangel an Empathie und sozialer Verantwortung
Borderline	emotional instabile - impulsiver Typ - Borderline-Typ	Instabilität in Beziehungen, in der Stimmung und im Selbstbild sowie Impulsivität und Selbstschädigung
histrionische	histrionische	Beeinflussbarkeit, dramatisierend, Bedürfnis nach Aufmerksamkeit
narzisstische		vorwiegend Beschäftigung mit sich selbst, Selbstwertkrisen und Selbstüberschätzung
vermeidend-selbstunsichere	ängstlich (vermeidende)	besorgt, unsicher, starkes Bedürfnis nach Sicherheit
dependente	abhängige	starke Abhängigkeit vom Partner/Partnerin und wichtigen Bezugspersonen, kann schlecht alleine sein
zwanghafte	anankastische	erhöhte Gewissenhaftigkeit, Perfektionismus und starres Kontrollbedürfnis

Tabelle 1: Vergleich SM-5 und ICD-10 (eigene Darstellung)

Diese Einteilung wird von Sachse (2013) infrage gestellt. Er beschreibt die „reinen“ Persönlichkeitsstörungen und führt die Unterscheidung zu den „hybriden“ Formen der Störung ein. Unter den reinen Formen ordnet er die Störungen ein, die ausser dem Aspekt der Beziehungsstörung keine anderen Störungen aufweisen. Hier nennt er acht Formen:

- Narzisstische Persönlichkeitsstörung
- Histrionische Persönlichkeitsstörung
- Dependente Persönlichkeitsstörung
- Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
- Schizoide Persönlichkeitsstörung
- Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung
- Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
- Paranoide Persönlichkeitsstörung

Unter den „hybriden“ Störungen nennt er diejenigen, welche nebst den Interaktionsstörungen noch neuropsychologische Aspekte aufweisen. Dies können Defizite in der Informationsverarbeitung, Regulationsschwierigkeiten oder Kontrolldefizite sein. Zu dieser Ausprägungsform nennt er drei Störungen:

- Borderline-Störung
- Schizotypische Störung
- Antisoziale Störung

Die Borderline-Störung kann durchaus durch Beziehungsmotive durch aktive Beziehungsgestaltung geprägt sein und hoch manipulatives Verhalten aufweisen. In erster Linie beruht die Störung aber auf einer Störung der Regulation emotionaler Prozesse.

Die schizotypische Störung kann eher als eine Störung interpretiert werden, bei der Personen Schwierigkeiten in der Informationsverarbeitung haben. Sie wird eher dem Schizophrenie-Spektrum zugeschrieben.

Die antisoziale Störung kann einer Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden. Die Zuteilung kann aber auch als eine neurophysiologische Störung ausgelegt werden (S. 76–78).

Die Einteilung der Persönlichkeitsstörungen erfolgt auch nach Clustern, die wiederum nach DSM-5 und ICD-10 unterteilt werden. Cluster sind Gruppen, die sich durch ähnliche Verhaltensweisen auszeichnen.

Vergleich DSM-5 und ICD-10 Cluster

DSM-5	ICD-10
<p>CLUSTER A: „sonderbar und exzentrisch“</p> <p>Paranoide Persönlichkeitsstörung Schizoide Persönlichkeitsstörung Schizotypische Persönlichkeitsstörung</p>	<p>Paranoide Persönlichkeitsstörung Schizoide Persönlichkeitsstörung Schizotypische Persönlichkeitsstörung</p>
<p>CLUSTER B: „dramatisch, emotional, launisch“</p> <p>Antisoziale Persönlichkeitsstörung Borderline-Persönlichkeitsstörung Histrionische Persönlichkeitsstörung Narzisstische Persönlichkeitsstörung</p>	<p>Dissoziale Persönlichkeitsstörung Emotional unstabiler, Borderline-Typus Emotional unstabiler, impulsiver Typus Histrionische Persönlichkeitsstörung</p>
<p>CLUSTER C: „ängstlich und furchtsam“</p> <p>Vermeidende Persönlichkeitsstörung Dependente Persönlichkeitsstörung Zwanghafte Passiv-aggressiv</p>	<p>Ängstliche Persönlichkeitsstörung Abhängige Persönlichkeitsstörung Anankastische Persönlichkeitsstörung</p>

Tabelle 2: Cluster, Vergleich DSM-5 und ICD-10 (eigene Darstellung)

Demgegenüber betont Sachse (2013), dass diese nur oberflächlich miteinander korrespondieren (S. 76).

Er nimmt die Einteilung nach dem Modell der Nähe- und Distanzstörung vor (S. 78). Die Nähe-Störungen zeichnen sich durch ein Eingehen auf Beziehungen und Suchen nach Nähe zum Interaktionspartner aus. Es besteht ein grosses Bedürfnis nach Nähe. Durch das Herstellen dieser Nähe wird das Helfersystem schnell in das System des Klientels einbezogen und kann von diesem zu manipulativen Zwecken gebraucht werden (S. 78).

Die Distanz-Störungen zeichnen sich durch ein ausgeprägtes Setzen von Grenzen und Vermeiden von Beziehungen aus. Das manipulative Verhalten wird eingesetzt, um die Interaktionspartner und -partnerinnen auf Distanz zu halten (S. 79).

Die Nähe-Störungen zeichnen sich nach Sachse (2013) alle durch ein übermässiges Verlangen nach Anerkennung aus. Als zentrales Beziehungsmotiv gelten die Solidarität und die Verlässlichkeit. Die Distanz-Störungen dagegen weisen als zentrales Motiv das Einhalten von Grenzen und die Autonomie auf (S. 81).

Im Folgenden werden die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen näher vorgestellt. Die Autorinnen nehmen hier Bezug zu Sachse und seinen acht definierten Störungen. Aus der Übersicht der Störungsbilder wird ersichtlich, ob sie sich durch Nähe- oder durch Distanz-Störungen kennzeichnen.

3 Arten von Persönlichkeitsstörungen

3.1 Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Das gesamte Handeln der Personen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung richtet sich nach dem Verlangen nach Anerkennung. Dies ist gemäss Sachse (2014) das zentrale Beziehungsmotiv. Zudem handelt es sich um eine Nähe-Störung (S. 58). Die Personen suchen Nähe und wollen auch Nähe herstellen. Gleichzeitig leiden sie aber auch an einer Beziehungsstörung (S. 58). Sachse (2013) betont, dass der narzisstische Stil auch eine grosse Ressource sein kann. Die Personen sind sehr leistungsfähig und ambitioniert (S. 86). Gleichzeitig weisen sie zwei verschiedene Schemata auf. Gemäss Sachse (2014) enthält das negative Selbstschema negative Überzeugungen über sich selbst wie „Ich bin nichts wert“ oder „Ich kann nichts“. Die positiven Schemata enthalten positive Überzeugungen über sich selbst wie „Mir gelingt einfach alles“ oder „Ich bin besser als die anderen“ (S. 59). Diese zwei gegensätzlichen inneren Bilder stehen in einem dauernden Kampf bei einer Person mit einer narzisstischen Störung. Der Zweifel, ob sie auch wirklich genügen, nagt ständig an ihnen. Dies führt zu noch grösseren Anstrengungen zur Erreichung von Anerkennung und Lob (S. 61).

Empathie ist gemäss Damm (2012) nicht gerade eine Stärke der Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung. Sie sind zu stark auf sich selber bezogen. Meistens stecken hinter der sehr selbstbewussten Art grosse Minderwertigkeitsgefühle, mit denen die Betroffenen immer wieder konfrontiert sind (S. 77).

Zusammenfassend kommt Sachse (2013) zum Schluss, dass sich die Störung im Verhalten der betroffenen Personen durch ein starkes Bedürfnis nach Anerkennung auszeichnet. Die Betroffenen sind sehr egozentrisch, leiden unter starken Selbstzweifeln und zeigen ein hoch manipulatives Verhalten. Die Interaktionspartner und -partnerinnen werden für das Erreichen eigener Ziele eingesetzt (S. 91–95).

3.2 Histrionische Persönlichkeitsstörung

Die Histrioniker und Histrionikerinnen weisen drei zentrale Beziehungsmotive auf. Sie wollen im Leben anderer Personen eine zentrale Rolle spielen, verlangen von anderen Personen eine hohe Solidarität und eine grosse Verlässlichkeit. Bestehende Beziehungen sind zudem nicht kündbar (Sachse, 2013, S. 130). Es handelt sich hier um eine Nähe-Störung und zeichnet sich auch aus durch ein widersprechendes zentrales Motiv nach Wichtigkeit im Leben anderer Personen. Sie gehen vom Schema aus „Ich genüge nicht“ und „Niemand interessiert sich für mich“ (Sachse, 2010, S. 69).

Trost und Schwarzer (2013) erwähnen das theatralische Verhalten dieser Personen in Anlehnung an das Wort *histrion* aus dem Griechischen, was so viel heisst wie Schauspieler. Die Personen zeigen ein hoch dramatisches Verhalten, wobei die Selbstdarstellung immer im Mittelpunkt steht (S. 192).

Damm (2012) verweist darauf, dass die histrionische Persönlichkeitsstörung bis Anfang des 20. Jahrhunderts mit einem „hysterischen Charakter“ gleichgesetzt wurde. Vor allem Frauen zeigten Symptome unerklärlicher Art, die psychischer oder körperlicher Ausprägung sein konnten (S. 87).

Fiedler (2007) betont den übermässigen Wunsch dieser Personen, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, welcher sich zudem in einem ausgeprägten Wechselbad der Gefühle äussert und für die Interaktionspartner kaum nachvollziehbar ist. Hinzu kommt eine geringe Frustrationstoleranz bei nicht sofortiger Bedürfnisbefriedigung (S. 192).

3.3 Dependente Persönlichkeitsstörung

Dieses Störungsbild zeigt sich bei den betroffenen Personen in einer übermässigen Suche nach Nähe und Beziehungen. In einer Partnerschaft versuchen die Betroffenen, möglichst pflegeleicht zu sein, und ordnen sich unter. Oft erwecken sie den Eindruck, ohne den Partner oder die Partnerin nicht lebensfähig zu sein. Sie lösen damit beim Gegenüber in hohem Masse Schuldgefühle aus und treffen keine eigenen Entscheidungen, sondern überlassen diese dem Partner oder der Partnerin. Dies führt zu zusätzlichen Abhängigkeiten. Daraus resultiert wiederum eine selbsterfüllende Prophezeiung, nicht mehr alleine leben zu können (Sachse, 2013, S. 157). Ergänzend dazu weist Fiedler (2007) der Störung Passivität, Unterwürfigkeit und ein geringes Selbstvertrauen bei den Betroffenen zu (S. 218).

Gerhardt Nissen (2000) führt aus, dass dieses Störungsbild kaum im Jugendalter erkannt wird, da in diesem Alter die Abhängigkeit von anderen Personen weitgehend entwicklungsadäquat erscheint (S. 42).

3.4 Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Dieses Störungsbild zeichnet sich bei den betroffenen Personen auch durch eine Nähe-Störung aus. Der Wunsch nach einer Beziehung ist bei diesen Menschen sehr gross, dennoch gelingt es ihnen nicht, diesbezüglich die Initiative zu ergreifen (Sachse, 2014, S. 85). Fiedler (2007) beschreibt in diesem Zusammenhang, dass die Betroffenen an einer übermässigen Angst vor Zurückweisung leiden, die dazu führt, dass sie keine Bindungen eingehen, um eben diese Zurückweisung nicht zu erfahren (S. 210).

Diese Menschen wirken emotional ständig besorgt und angespannt. Die massiven Ängste vor Kritik und Ablehnung spiegeln sich in der Interaktion mit anderen. Sie wirken sehr unsicher und weisen ein negatives Selbstbild auf (Herpertz und Sass, 2003, S. 120).

Die folgende Abbildung soll dies visualisieren. Sie stellt ein kognitiv-interaktionelles Erklärungsmodell dieser Persönlichkeit dar. Es ist gut ersichtlich, wie sich aus der Interaktion und der Reaktion von anderen Personen ein negatives Selbstbild verfestigt.

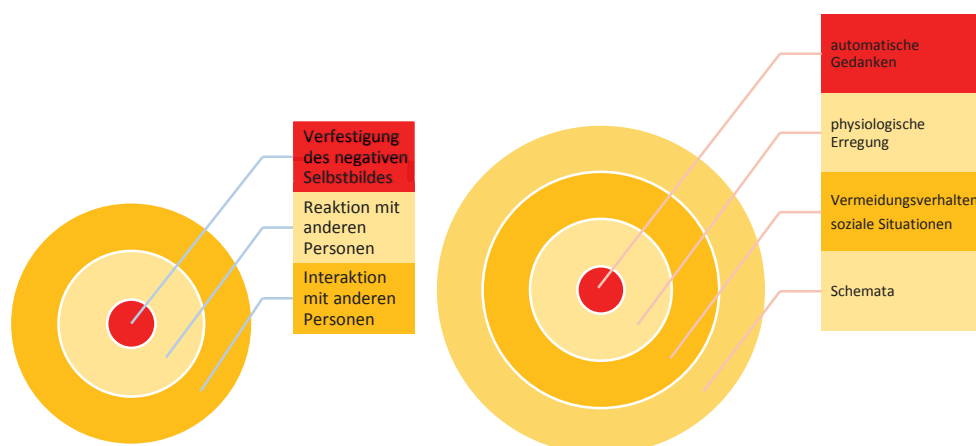


Abbildung 1: Kognitiv-interaktionelles Erklärungsmodell (Herpertz und Sass, 2003, S. 119)

3.5 Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung

Der Kern der Störung zeigt sich in einer Grenzproblematik. Die betroffenen Personen haben dauernd Angst, dass ihre Grenzen überschritten werden und Schaden in ihrem Territorium angerichtet wird (Sachse, 2013, S. 189). Die Interaktionspartner und -partnerinnen werden auf Distanz gehalten und die Betroffenen zeigen sich misstrauisch. Ihr zentrales Beziehungsschema basiert darauf, dass andere ihre Grenzen nicht achten und diese überschreiten. Diesbezüglich reagieren sie hoch sensibel auf alles, was auch nur ansatzweise eine Grenzverletzung darstellen könnte. (Sachse, 2014, S. 89–90).

3.6 Schizoide Persönlichkeitsstörung

Bei dieser Störung handelt es sich um eine sogenannte Distanz-Störung. Durch non-verbale Kommunikationsmuster halten die betroffenen Personen ihre Interaktionspartner auf Distanz, obwohl sie eigentlich gerne Kontakt hätten. Sie sehen in jedem Kontakt etwas potenziell Gefährliches und nicht Verlässliches. Da sie über wenige soziale Kontakte verfügen, können sie auch kaum soziale Kompetenzen entwickeln (Sachse, 2014, S. 95–96).

In Ergänzung dazu beschreibt Fiedler (2007) diese Personen als sehr zurückgezogen. In Gesellschaft mit anderen Personen fühlen sie sich unwohl. Von anderen werden sie als isoliert und einsam wahrgenommen (S. 135).

Treffend hat es Franz Kafka formuliert: „Unfähig, mit Menschen zu leben, zu reden. Vollständiges Versinken in mich. Stumpf, gedankenlos, ängstlich. Ich habe nichts mitzuteilen, niemals, niemandem“ (Kafka, 1920; zit. in Fiedler, 2007, S. 135).

3.7 Paranoide Persönlichkeitsstörung

Der Kern der paranoiden Störung ist das Thema Misstrauen. Diesem Motiv liegen Annahmen wie „Ich darf nicht viel von mir erzählen“, „Ich darf niemandem trauen“ und „Ich muss potenzielle Angreifer von Beginn weg abschrecken“ zugrunde. Die Loyalität und die guten Absichten ihrer Interaktionspartner werden stets infrage gestellt (Sachse, 2013, S. 232).

Der Begriff „paranoid“ findet sich in verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern wie bei wahnhaften Störungen sowie bei der Schizophrenie. Die paranoide Persönlichkeitsstörung ist jedoch klar von psychotischen Erkrankungen abzugrenzen. Die Störung zeichnet sich durch starkes Misstrauen bei den Betroffenen aus. Oftmals werden freundlich gemeinte Handlungen verdreht und missdeutet (Herpertz und Sass, 2003, S. 60).

Fiedler (2007) betont die hohe Empfindsamkeit gegenüber Kritik und Kränkungen bei den Betroffenen. Dies kann zu Fehlwahrnehmungen führen, die an ein wahnhaftes Erleben erinnern. Dies ist jedoch nicht gleichzusetzen mit dem Wahn bei einer paranoiden Schizophrenie (S. 127).

3.8 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Personen mit dieser Störung haben im Grunde genommen eine grosse Angst, etwas falsch zu machen. Sie setzen sich starken Normen aus und leben im Gefühl des Mühsens (Sachse, 2013, S. 214). Sie wird als Distanz-Störung bezeichnet.

Trost und Schwarzer (2013) ergänzen dieses Bild mit Begriffen wie Pedanterie, Perfektionismus, Kontrollbedürfnis und wenig Kompromissbereitschaft (S. 193).

Auf ihre Interaktionspartner wirken die betroffenen Personen oft nicht authentisch, steif und hölzern. Sie zeigen auch kaum Gefühlsregungen, wodurch sie kalt und abweisend wirken. Sie selber haben oft den Eindruck, in einer Zwangsjacke zu stecken, aus der sie sich trotz kognitiven Bewusstseins nicht befreien können. Sie sind sich auch der Kosten, die ihr Verhalten mit sich bringt, bewusst. Diese Kosten sind nicht als monetär anzusehen. Sie werden beschrieben als ein Gefühl der Einengung, mangelnde Freude und beeinträchtigter Lebensqualität. Sie verfügen aber über keine Verhaltensalternativen (Sachse, 2013, S. 215).

Als Hilfestellung für die Praxis dienen die im Anhang vermerkten Raster der Verschiedenen Persönlichkeitsstörungen.

4 Entstehung von Persönlichkeitsstörungen

Wie in den bisherigen Ausführungen beschrieben, handelt es sich bei Persönlichkeitsstörungen meist um verinnerlichte Schemata, welche sich im Verhalten der betroffenen Personen auf der Interaktionsebene mit anderen Menschen zeigen. Es sind Überzeugungen, Annahmen und Schlussfolgerungen aus gemachten Erfahrungen. Erhält ein Kind auf sein Verhalten hin positive Rückmeldungen, so wird es sich weiterhin authentisch verhalten und braucht keine anderen Verhaltensstrategien zu entwickeln, um Aufmerksamkeit oder Wichtigkeit zu erlangen. Das Kind kann so gemäss Sachse (2014) positive Schemata über sich selbst und in Beziehungen zu anderen entwickeln. Erhält es keine positiven Rückmeldungen, so können sich negative Überzeugungen über sich selber sowie negative Annahmen über Beziehungen bilden. Das Kind wird Strategien entwickeln, um Wichtigkeit oder Aufmerksamkeit zu erlangen. Diese können durchaus manipulativen Charakter aufweisen. Die Interaktionspartner werden zu einem Verhalten gezwungen, das sie sonst nicht anwenden würden (S. 13–15).

Von Mathias Berger (2012) wird die kognitive-behaviorale Sichtweise beschrieben. Die Reaktion eines Individuums auf Ereignisse beruht auf der Interpretation bisheriger kognitiv gespeicherter Erfahrungen dieser Ereignisse. Diese sind handlungsleitend und weisen stabile Strukturen auf. Er nennt diesen Vorgang Schemata. Sind die Schemata zu rigide oder dysfunktional, können sie zu maladaptiven Verhaltensmustern führen. Werden diese wiederum schemakonform adaptiert, so schliesst sich der Kreislauf wieder und es kann zu einer Aufrechterhaltung der Persönlichkeitsstörung führen (S. 720–721).

Herpertz und Sass (2003) erwähnen, dass ein Kind durch das alltägliche Lernen am Modell der Eltern stark beeinflusst wird. Sie nennen drei Arten von Erlebnissen, welche zu einer Störung in der kindlichen Entwicklung führen können: unbestimmte Ängste des Versagens oder des Verlassenwerdens, die von den Bezugspersonen nicht aufgefangen werden, unangepasste Verhaltensweisen, die operant verstärkt werden, und das ungenügende Lernen von adaptivem Verhalten durch mangelnde soziale Kontakte oder das Fehlen eines Konfliktlöseverhaltens (S. 48).

Als eine Wechselwirkung zwischen der individuellen psychosozialen Prädisposition, einer spezifischen Kompetenzentwicklung und fehlendem sozialem Rückhalt beschreiben Bosshard et al. (2013) die Entstehung einer Persönlichkeitsstörung, die zu einer erhöhten Vulnerabilität führen kann (S. 356). Die folgende Tabelle soll dies noch grafisch untermalen:

Frühe Belastung	Oft verstärkt während der weiteren Entwicklung durch	Auswirkungen auf die Struktur des Ichs	Zentrale Symptomatik
Pränatale Einflüsse Erbbiologische Faktoren Belastende Erfahrungen Frühkindliche Erfahrungen	Missbrauch Misshandlungen Vernachlässigung Missachtung Familienklima Gesellschaftliche Faktoren wie Arbeitslosigkeit und sozialer Abstieg	Ich-Schwäche, spezifische Abwehrmechanismen	Angst und Unsicherheit und daraus ableitende Symptome

Tabelle 3: Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung (Bosshard et al., 2013, S. 356)

Insgesamt scheint es einen Zusammenhang zwischen der Ich-Funktion in der kindlichen Entwicklung und traumatischen Lernerfahrungen in Beziehungen zu geben. Hurst und Dammann (2013) betonen, dass das wiederholte Erleben von Überforderung, Verlassenheitsgefühle, Misshandlungen und mangelnde Grenzerfahrung bzw. -setzung die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung begünstigen können (S. 7).

4.1 Fazit

Zusammenfassend kann man das Bild der Persönlichkeitsstörung als Störung in der Beziehungsgestaltung und als Interaktionsstörung beschreiben. Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung haben ungünstige Annahmen über sich selbst. Diese Schemata haben weitreichende Konsequenzen auf das Denken, Handeln, Fühlen und auf die Informationsverarbeitung. Es handelt sich im Kern nicht um eine Störung der Gesamtpersönlichkeit, sondern um Störungen in der Interaktion mit anderen Menschen und in der Beziehungsgestaltung.

Betroffene Personen mit einer Diagnose Persönlichkeitsstörung weisen ein hoch problematisches Interaktionsmuster auf, was sich wiederum in einer hohen Kostenintensität in der Behandlung niederschlägt. Ihre verinnerlichte Schemata führen zu dysfunktionalen Lösungsansätzen in der Interaktion mit anderen Menschen, welche zum Teil auf den ersten Blick für Aussenstehende zu kaum nachvollziehbarem Verhalten führt. Werden die Interaktionsmuster aber genauer betrachtet, so werden die Entstehung und die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung nachvollziehbar.

Die Sozialarbeit hat sich zum Ziel gesetzt, Menschen, die am sozialen Leben nur begrenzt oder gar nicht teilhaben können, zu inkludieren. Aus diesem Grund sehen die Autorinnen einen grossen Handlungsbedarf in diesem Beratungsfeld. Persönlichkeitsstörungen zu verstehen und entsprechend zu handeln, kann ein Aspekt sein. Im folgenden Kapitel sollen Erklärungsansätze gefunden werden, wie es zu einer Persönlichkeitsstörung kommen kann.

4.2 Ein Erklärungsversuch

4.2.1 Das Modell der doppelten Handlungsregulation

Das Modell der doppelten Handlungsregulation (siehe Abbildung 2) wurde von Sachse (2011) entwickelt. Es soll aufzeigen, wie Persönlichkeitsstörungen psychisch funktionieren und wie das typische Denken, Fühlen und Handeln zu erklären ist. Das Modell erklärt die zentralen Beziehungsmotive von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung und die zentralen Ziele der Betroffenen, die erreicht werden sollen. Es geht davon aus, dass die Störung eine Beziehungsstörung ist und sich in Interaktionsproblemen zeigt. Von Sachse (2013) wird jedoch auch betont, dass dieses Modell auf jede Persönlichkeitsstörung spezifisch ausgerichtet werden soll. Es muss also für jede Störung spezifiziert werden und ist daher ein allgemein störungsspezifisches Modell (S. 47).

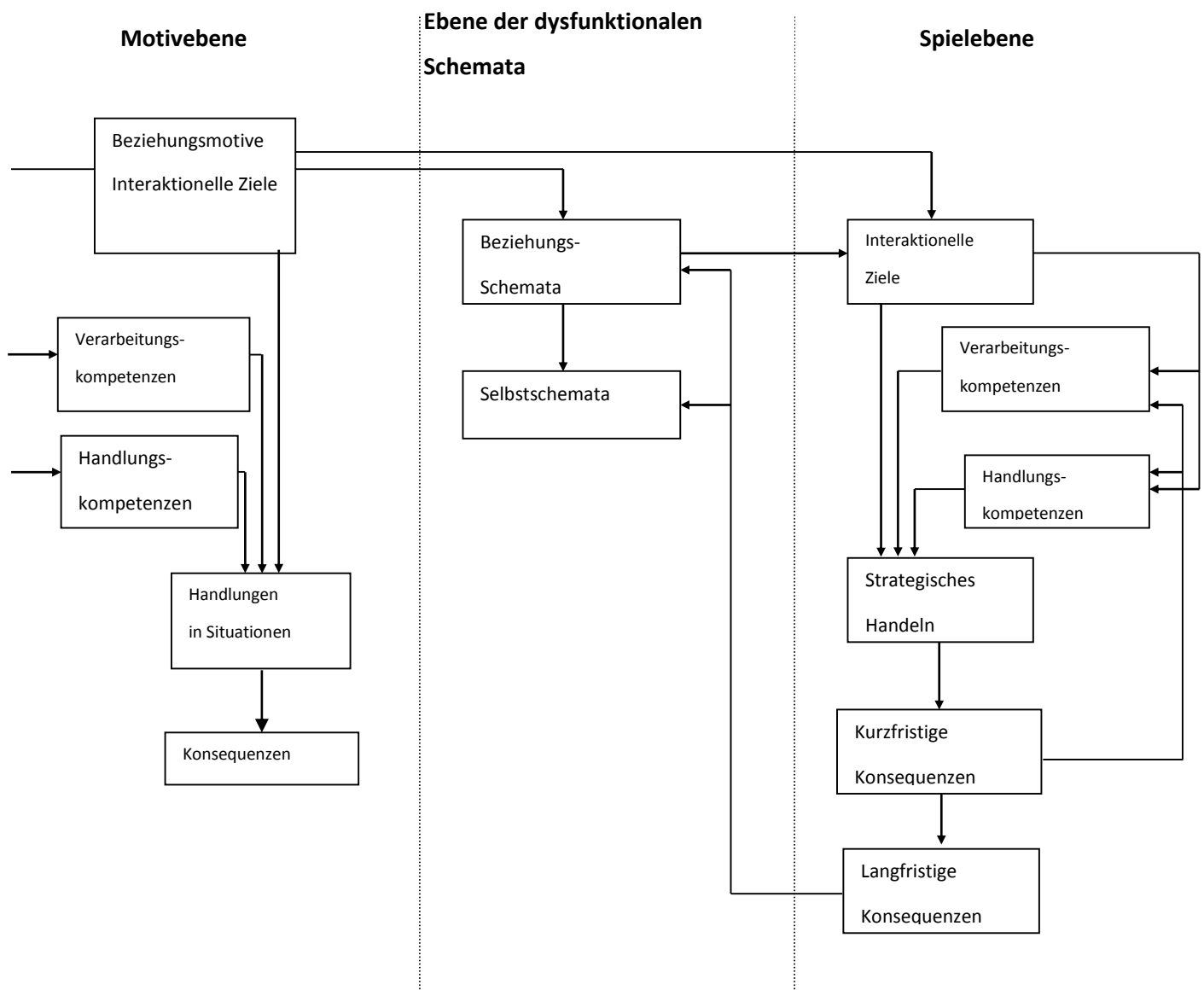


Abbildung 2: Modell der doppelten Handlungsregulation (Sachse, 2014, S. 28)

Das Modell geht davon aus, dass es zwei Handlungsebenen gibt, nach denen ein Mensch funktioniert. Die Motivebene erklärt das Handeln nach Motiven, in denen die Person authentisch handelt. Es ist für die Interaktionspartner und -partnerinnen ersichtlich, welche Motive verfolgt werden. Auf der Spielebene hingegen werden interaktionelle Ziele verfolgt, die nicht den wahren Motiven entsprechen und so auch manipulativen Charakter aufweisen oder das Gegenüber zu täuschen versuchen (Sachse, 2013, S. 22–23).

4.2.2 Motivebene

Die Motivebene beschreibt die „normale“ Regulation interaktionellen Handelns. Es wird davon ausgegangen, dass eine Person eine Reihe von Grundbedürfnissen aufweist wie das Bedürfnis nach Anerkennung, das Bedürfnis, als Person geliebt und geschätzt zu werden, oder das Bedürfnis nach Autonomie. Die Erfüllung dieser Motive und Pläne ist für die Person von zentraler Bedeutung. Es besteht ein übergeordnetes Motiv, dem ganz viele untergeordnete Ziele unterstehen.

Diese werden bei authentischem Handeln dem Gegenüber klar signalisiert (Sachse, 2014, S. 27). Um diese Ziele zu erreichen, sind verschiedene Kompetenzen nötig. Es gibt Handlungskompetenzen, die Kenntnisse vermitteln, wie man sich in bestimmten Situationen verhält, um ein avisiertes Ziel zu erreichen. Verarbeitungskompetenzen hingegen sind Fähigkeiten, eine Situation und die Motive des Gegenübers schnell zu erfassen. Sachse (2014) geht davon aus, dass die Handlungsregulation auf der Motivebene eine stringente Regulation ist (S. 28–29). Können Motive befriedigt werden, so sind sie mit der Zeit nicht mehr handlungsleitend. Werden sie aber über längere Zeit nicht befriedigt, so führt dies zu einer hohen Frustration bei den Betroffenen und das Motiv bleibt in der Hierarchie unbefriedigt und hoch (Sachse 2013, S. 26). Personen mit einer Persönlichkeitsstörung weisen meist einen hohen Grad an allgemeiner Unzufriedenheit auf.

4.2.3 Dysfunktionale Schemata

Hier unterscheidet Sachse (2013) zwei Arten von Schemata. Selbstschemata sind Annahmen über sich selber inklusive Bewertung dazu. Beziehungsschemata sind Annahmen, wie Beziehungen funktionieren, inklusive Bewertung dazu. Diese Schemata basieren auf Fehlannahmen. Sie führen zu negativen Interpretationen. Diese wiederum sind so fragil, dass eine Person, die die Annahme über sich hat, nicht wichtig zu sein, extrem gekränkt auf Nichtbeachtung reagieren kann. Für die Interaktionspartner sind dies kaum nachvollziehbare Reaktionen, die wiederum zu nicht erfüllten Erwartungen führen (Sachse, 2013, S. 26).

4.2.4 Entwicklung von dysfunktionalen Schemata

Es wird angenommen, dass sich dysfunktionale Schemata in der Biografie herausbilden. Es sind Erfahrungen, die mit Bezugspersonen im Hinblick auf die zentralen Beziehungsmotive gemacht werden. Besteht ein zentrales Motiv nach Beachtung und wird dieses Motiv befriedigt durch Botschaften der Eltern wie „Wir sind interessiert an dir“ oder „Was du erzählst, ist spannend“ oder „Deine Erzählungen sind eine Bereicherung für uns“, so kann das Kind positive Erfahrungen diesbezüglich sammeln. Genau der gleiche Fall tritt in der Annahme über Beziehungen auf. Wird das Kind aber konfrontiert mit Nichtbeachtung oder sogar als störend bewertet, so können sich, wenn dies über einen längeren Zeitraum anhält, negative Schemata herausbilden (Sachse, 2013, S. 27). Dies würde sich mit der These des Behaviorismus decken, der davon ausgeht, dass der Mensch von Geburt an ein unbeschriebenes Blatt ist und erst durch Erfahrungen und Erlebnisse Verhaltensmodalitäten erlernt. Das instrumentelle Lernen wird so bezeichnet.

4.2.5 Die Spielebene

Die Person kann in ihrem Bezugssystem die Erfahrung machen, dass sie zwar als Person nicht wichtig genommen wird, jedoch für bestimmte Arten von Verhaltensweisen durchaus Aufmerksamkeit erhalten kann. Die Person lernt, dass mit bestimmten Handlungsstrategien interaktionelle Ziele erreicht werden können. So kann eine Person, die im Interaktionssystem zum Beispiel keine Beachtung findet, durchaus Aufmerksamkeit durch bestimmte Handlungen erlangen. Das Kind lernt so, sich intransparenten und manipulativen Strategien zuzuwenden, um wichtige Ziele zu erreichen (Sachse, 2013, S. 31). Es erhält somit auch wieder einen Teil der Kontrolle zurück.

Die Kosten dieser Kontrolle sind jedoch hoch, kann sie auch weiterhin nicht erreichen, als Person beachtet zu werden: Denn dazu lässt sich kein Interaktionspartner zwingen.

Das zentrale Motiv "Beachtet werden" wird damit weiterhin nicht befriedigt. Es bleibt weiterhin hoch in der Motiv-Hierarchie. Das Handlungsmuster muss so immer wieder eingesetzt werden und wird doch nie richtig befriedigt (Sachse, 2014, S. 32).

Das Handeln ist strategisch und manipulativ; man tut etwas, um gezielt etwas vom anderen zu bekommen. Die Person hat aber immer den Eindruck, sie würde es ohne dieses spezielle Handeln nicht bekommen. Die Person hat dauernd das Gefühl, etwas zu bekommen, was ihr nicht zusteht. Die Interaktionspartner und -partnerinnen fühlen sich manipuliert, was wiederum zu massiven Interaktionsproblemen führt (Sachse, 2014, S. 32).

Während der Kindheit kann diese Strategie, Aufmerksamkeit durch spezielles Verhalten zu erlangen, eine wichtige, vielleicht sogar überlebenswichtige Strategie gewesen sein; als Erwachsener bringt einen das Beibehalten dieser Strategien aber in Schwierigkeiten und man erzeugt hohe Kosten. Durch das Erzeugen von selbsterfüllenden Prophezeiungen wird das System bestätigt und ist kaum mehr offen für Neues (Sachse, 2014, S. 32).

4.2.6 Images und Appelle

Diese zwei Worte bilden die Bausteine des manipulativen Verhaltens bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung. Gemäss Duden (2010) bedeutet Image eine Vorstellung von etwas, das der öffentlichen Meinung entspricht (S. 491). Ein Appell ist ein Aufruf, ein Mahnruf und im militärischen Sinn ein Aufruf zum Befehlsempfang (S. 172). Diese Worterklärungen zeigen schon deutlich auf, wie sich dies auf die Interaktionspartner und Partnerinnen auswirkt. Es wird ein Bild gezeigt und damit eine Aufforderung zu einer Handlung verbunden. Zur Verdeutlichung ein Beispiel aus Sachse (2013). Die Person kann das Image von Schwäche und Hilflosigkeit vermitteln und somit den Appell aussenden, dass der Partner oder die Partnerin Verantwortung übernimmt. Meist sind diese Appelle nicht so offen und werden zwischen den Zeilen geäußert (S. 37).

Wenn wir uns nun anschauen, was Friedemann Schulz von Thun (2011) zu der Nachricht auf der Appellseite sagt, so wird noch klarer, was damit gemeint ist. Mit der Appellseite wird der Wirkungsaspekt einer Kommunikation betont, indem ein Zustand, welcher noch nicht eingetreten ist, hervorgehoben wird, oder ein Zustand, welcher eintreten droht, verhindert werden soll (S. 242). Er beschreibt drei Arten von Appellen; die verdeckten, die paradoxen und die offenen. Im Folgenden soll der verdeckte Appell näher erläutert werden, da er passend erscheint im Hinblick auf Persönlichkeitsstörungen.

4.2.7 Verdeckte Appelle

Diese Art der Appelle ist oft von grossem Vorteil, da sie den Empfänger in eine emotionale Stimmung versetzt und ihn empfänglicher macht für die gewünschten Reaktionen. Dies zeigt sich sehr gut beim Weinen eines Kindes, wenn es etwas nicht erhält. Dieses Verhalten wird in der Kindheit erlernt zum Schutz vor Verwundungen, mit denen nicht umgegangen werden kann. Das Kind lernt, seine Wünsche in verdeckter Form, also nicht gleich ersichtlich für den Empfänger, vorzubringen (Schulz von Thun, 2011, S. 262).

Verdeckte Appelle dienen auch dem Schutz vor Verletzungen und Zurückweisungen. Trage ich einen Wunsch nicht offen vor, so kann ich ihn bei Zurückweisung immer noch dementieren und muss keine Verantwortung dafür übernehmen (Schulz von Thun, 2011, S. 262).

Schulz von Thun (2011) merkt an: „Der verdeckte Appell ist somit als Strategie anzusehen, die der doppelten Zielsetzung gerecht wird: Etwas erreichen, und dabei nicht entdeckt werden wollen“ (S. 263).

4.3 Ein zweiter Erklärungsversuch

4.3.1 Ätiologie und Pathogenese

Zu Ursache und Entstehung von Persönlichkeitsstörungen gibt es keine allgemein akzeptierten Modellvorstellungen mit überzeugender vollständiger Einsicht. Gemäss Berger (2012) können Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitszüge zur Hälfte durch vererbte Faktoren erklärt werden. Der familiäre Einfluss verliert gegenüber ausserfamiliären und sozialen Parametern weitgehend an Bedeutung. Probleme in der Lebensbewältigung eröffnen sich also durch wiederkehrende gestörte, inadäquate oder ineffektive Kommunikation mit wichtigen Mitmenschen. Die betroffenen Personen leiden enorm unter den Konsequenzen, die dieses Verhalten provoziert, und sind nicht in der Lage, adäquat darauf zu reagieren (S. 719–720).

Millon und Davis (1996, zit. in Berger, 2012, S. 725–726) unterscheiden zwischen Prozessen der klassischen Konditionierung, der operanten Konditionierung und dem Lernen am Modell. Die fehlenden Lernerfahrungen, gekoppelt mit ungenügenden Stimulationen, sind entscheidend für die Entwicklung von pathogenen Verhaltensmustern. Sie benennen vier Leitgedanken.

- 1. Persönlichkeitsstörungen sind keine Erkrankungen per se.** Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass beobachtbare Verhaltensweisen Interaktionen von individuellen Bewältigungsstrategien und dem sozialen Umfeld sind. In früheren Lebensabschnitten oder in einem anderen sozialen Kontext konnten diese Verhaltensweisen durchaus adäquat erscheinen. Deshalb erscheint es im Beratungssetting wichtig, nach diesen früheren Funktionen zu suchen (S. 725).
- 2. Die Grenze zwischen Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung ist fließend.** Es bestehen keine klaren Grenzen zwischen pathologischem und normalem Verhalten. Es könnte an der Norm des jeweiligen sozialen Gefüges gemessen werden. Genauso könnte pathologisches Verhalten als störend oder eben nicht dieser Norm entsprechend gemessen werden. Dies bedingt, dass ein Individuum flexibel auf verschiedene Anforderungen reagieren und dabei die Balance von Autonomie und sozialer Integration aufrechterhalten kann (S. 725).
- 3. Persönlichkeitsstörungen basieren auf internalisierten funktionellen und strukturellen Systemen.** Die psychische Struktur der Persönlichkeit beruht auf relativ fest verwurzelten Mustern, sogenannten Schemata, die sich aus Erinnerungen, Einstellungen, Wünschen und Konflikten zusammensetzen. Diese ermöglichen ein Zurechtfinden im sozialen Umfeld. Diese intrapsychische Struktur prägt unsere Sichtweise ein Leben lang. Je rigider oder sogar traumatisierender diese Lernerfahrungen waren, umso starrer wird an diesen Schemata festgehalten (S. 726).

- 4. Persönlichkeitsstörungen sind dynamische Systeme.** Ein dynamisches System muss fortwährend seine Sinnhaftigkeit überprüfen und bestätigen. Die Gefahr besteht im Bejahen von Strukturen, die zur Vermeidung von bestimmten Verhaltensweisen führen, um den hohen Leidensdruck immer wieder abzuwenden. Manipulationen des Umfeldes oder Verzerrungen in der Wahrnehmung können die Folgen davon sein (S. 726).

Weiter wird von Millon (Millon, 1996, zit. in Herpertz & Sass 2003) erwähnt, dass es weniger die Erziehungsbemühungen der Eltern sind, welche eine gesunde Entwicklung ermöglichen, als vielmehr die Wahrnehmung des Kindes am alltäglichen Verhaltensmodell der Eltern. Weiter führt er aus, dass es drei Arten des Lernens von pathologischen Verhaltensmustern gibt. Es sind dies diffuse Ängste beim Kind, verlassen zu werden oder versagt zu haben. Dies führt zu Abwehrstrategien, die eine adäquate Bewältigungsstrategie verhindern. Weiter führt Millon (1996) aus, dass unangepasste Verhaltensweisen operant verstärkt oder durch das Lernen am Modell geformt werden. Die dritte Art bezieht sich auf mangelnde soziale Kontakte oder das Fehlen von Modellen zur Konfliktbewältigung (S. 48).

Zusammenfassend kann man sagen, dass es zur Ätiologie und Pathogenese von Persönlichkeitsstörungen kein allgemein akzeptiertes Modell mit hinreichenden empirischen Daten gibt. Auf der Ebene der Wissenschaft wird ein dimensionales Modell bevorzugt, das eine instabile Wiederholung von gesundem, akzentuiertem und pathologischem Grad beschreibt (Berger 2012, S. 726).

4.3.2 Fazit

Aus den obigen Ausführungen kann man ableiten, dass es verschiedene Modelle und Versuche gibt, um die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen zu erklären. Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung haben eindeutig eine verzerrte Wahrnehmung des Selbst, der Umwelt und der Zukunft. Dies beruht auf Schemata. Diese konnten in der früheren Situation durchaus adäquat erscheinen, weichen aber im aktuellen sozialen Kontext eindeutig von der Norm ab. Dies führt unweigerlich zu dysfunktionalen Beziehungen und zu einem erhöhten Leidensdruck. Infolge der Lerntheorie sind die Verhaltensweisen erlernt worden und können auch wieder verlernt werden. Verhalten wird auf verschiedenen Ebenen gelernt. Diese Ebenen sind miteinander verbunden und können nicht losgelöst betrachtet werden. So kann beispielsweise der Körper mittels spezieller Techniken entspannt werden, so wird sich dies auf der affektiven Seite in Form des Wohlgefühls auswirken. Entscheidend für die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen sind Entwicklungsdefizite, die in der frühen Lebensgeschichte in der Auseinandersetzung mit dem Selbst und wichtigen Kontaktpersonen geprägt wurden.

Im nächsten Kapitel gehen die Autorinnen auf die Beratung ein. In einem ersten Schritt wird die Beratung in der Sozialen Arbeit ganz allgemein erklärt, um dann im Speziellen auf die Sozialberatung einzugehen. Ein spezielles Feld, in dem wir mit Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung konfrontiert sind, ist die klinische Sozialarbeit, auf die auch im folgenden Kapitel eingegangen wird.

4.4 Behandlungsmöglichkeiten

Die Autorinnen beschränken sich auf einen ausgewählten Ausschnitt der Möglichkeiten in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Die Behandlung ist keine Kernkompetenz der Sozialen Arbeit. In der Beratung erscheint es dennoch zentral, die verschiedenen Möglichkeiten zu kennen, um allenfalls zu triagieren oder beratend zu handeln.

Wenn man in der Literatur nach Behandlungsmöglichkeiten von Persönlichkeitsstörungen sucht, so trifft man vermehrt auf die Aussage, dass die Persönlichkeitsstörungen schwer zu behandeln sind. Diese Verallgemeinerung ist gemäss Fiedler (2007) genauso falsch wie die Annahme, dass schwer persönlichkeitsgestörte Menschen therapeutisch nicht beeinflussbar sind. Er geht noch weiter, indem er den mangelnden Therapiererfolg mit der selbst erfüllenden Prophezeiung gleichsetzt. Mit anderen Worten, wenn man davon ausgeht, dass Persönlichkeitsstörungen schwer zu behandeln sind, dann sind sie dies auch (S. 296). Hurst und Dammann (2013) nennen demgegenüber vier Gründe, warum eine Therapie der Persönlichkeitsstörung doch nicht einfach ist. Es sind dies:

- Die Schwierigkeiten haben eine lange Vorgeschichte und haben meist tief in der Kindheit verwurzelte Annahmen über sich selber und lassen sich demzufolge nur durch eine längere Therapie beheben.
- Trotz der Schwierigkeiten, die Personen mit einer Persönlichkeitsstörung haben, ist der Leidensdruck nicht hoch genug und das Verhalten wird als zur Person gehörig und als Teil der Identität gesehen.
- Die psychopharmakologische Behandlung alleine ist nur begrenzt wirksam und kann kaum Einfluss auf die Persönlichkeitsstörung nehmen.
- Das Manipulative wie auch das Misstrauen wiederholen sich auch im Therapie-setting, was zu wiederholten Abbrüchen führt.

Sie geben als Methode der Wahl die Psychotherapie an mit vier wesentlichen Ansätzen.

- Verhaltenstherapie zur Erlernung von alternativen Verhaltens- und Handlungsweisen
- Kognitive Verhaltensmuster werden analysiert und verändert.
- Psychodynamisch (Die Beziehung zu sich und zu anderen Personen werden in den Fokus genommen)
- Mittels Gesprächen werden die positiven Ressourcen hervorgehoben (S. 8).

Von Merod (2013) wird auch die Psychotherapie als Methode empfohlen. Er betont jedoch, dass die Behandlung an die jeweilige Störung und deren Symptome angepasst wird. Die Verhaltens- und Erlebensmuster sowie die entsprechenden Schemata müssen in ihrer individuellen Ausprägung erfasst werden für die jeweilige massgeschneiderte Behandlung (S. 12). Die Autorinnen können im Rahmen dieser Arbeit nicht auf jede einzelne Persönlichkeitsstörung und ihre spezifischen Behandlungsmöglichkeiten eingehen. Dies würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Im Teil der Fallbearbeitung gehen die Autorinnen näher auf eine ausgewählte Störung ein.

Da Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung über ein eingeschränktes Repertoire im Verhalten, Denken und ihren emotionalen Reaktionen verfügen, sind sie kaum in der Lage, sich flexibel auf sich ändernde Bedingungen einzustellen. Der Schlüssel einer gelingenden Beziehung im therapeutischen Prozess liegt gemäss Merod (2013) in der Balance von Akzeptanz im Beziehungsaufbau und gleichzeitiger Beziehungsgefährdung beim Wecken von Irritationen (S. 13).

Des Weiteren stellt sich in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen die Frage nach einer ambulanten oder stationären Therapie. Die Vorteile wie auch die Nachteile dieser beiden Formen sollten sorgfältig abgewogen werden.

Abschliessend kann von einem komplexen Vorgang bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen ausgegangen werden. Es sollte individuell auf die einzelnen Störungen eingegangen werden und die spezifischen Schemata sollten berücksichtigt werden.

5 Beratung

5.1 Definition Beratung allgemein

Gemäss Duden (2010) wird der Begriff „Beratung“ als Erteilung eines Rates oder von Ratschlägen und andererseits als Besprechung oder Unterredung beschrieben (S. 219).

Überall dort, wo Probleme vorhanden sind, sich abzeichnen oder abgewendet werden sollen, kommt die Beratung zum Tragen, sowohl im fachlichen Bereich als auch im privaten Umfeld. Ausschlaggebend ist hierbei, dass sich professionelle Beratung deutlich von einem Ratschlag im privaten Bereich oder einem Gespräch unter Freunden unterscheidet.

Für Michael Galuske (2013) ist Beratung ein bedeutender Bestandteil jeder Kommunikation, welche sowohl im Alltag von Individuen als auch in spezifischen, arrangierten Beratungssituationen stattfinden kann (S. 172).

5.2 Definition professionelle Beratung

Im Verlaufe der Zeit wurde professionelle Beratung zunehmend institutionalisiert. Veränderungen innerhalb der modernen Gesellschaften brachten unterschiedliche Probleme hervor, die es mithilfe professioneller Beratung zu mildern galt. So entwickelte sich Beratung zur zentralen Hilfe- und Unterstützungsform in psychosozialen, sozialen und gesundheitsberuflichen, psychologischen und pädagogischen Arbeitsfeldern mit geregelten Institutions- und Professionalisierungsformen. Beratung finden wir mittlerweile in allen Lebensbereichen und sie stellt eine Reaktion auf die Pluralisierung von Lebensformen und Lebensentwürfen dar (Frank Engel, Frank Nestmann & Ursel Sieckendiek, 2004, S. 34).

Ein zentrales Merkmal professioneller Beratung nach Nando Belardi (2008) besteht darin, dass Beratende ihre Ziele und ihr Handeln mit wissenschaftlichen oder konzeptionellen Ansätzen so begründen, dass diese von den Ratsuchenden auch nachvollzogen werden können. Er unterscheidet dabei zwischen funktionaler und institutioneller Beratung, wobei er erstere der üblichen Tätigkeit von Sozialarbeitenden als Querschnittsfunktion zuschreibt im Sinne einer Verknüpfung mit anderen Tätigkeiten wie zum Beispiel Berichte schreiben etc. Die institutionelle Beratung verortet er in speziellen Anlaufstellen wie der Familien-, Sucht- oder Schuldenberatung, in welchen die Hauptaufgaben der Sozialarbeitenden in der Beratungstätigkeit liegen (S. 329).

Wolfgang Widulle (2012) umschreibt Beratung als eine spezialisierte und professionalisierte Form helfender Gesprächsführung (S. 34). Auch M. Borg-Laufs und S. Schmidchen (2011) halten fest, dass Beratung einerseits als eine komplexe Hilfestellung, welche in Beratungsstellen geleistet wird, betrachtet werden kann und andererseits als umgrenzte Technik, bei der Beratende ihr Wissen den Ratsuchenden zur Verfügung stellen. Dabei sollen die Beratenden die ratsuchenden Menschen bei der Bewältigung von Lebensproblemen durch gezielte Fragen und das Vermitteln von Fachwissen so unterstützen, dass diese individuelle Entscheidungen zur Problemlösung finden können (S. 79).

Ruth Grossmass und Gudrun Perko (2011) führen diesbezüglich aus, dass sich personenbezogene Dienstleistungen wie die Sozialberatung durch einen Doppelcharakter auszeichnen.

Es handelt sich hierbei um Interaktionen zwischen Personen, welche sich fremd sind, sich aber in klar definierten Rollen treffen. Die in dieser Rollenaufteilung stattfindenden Interaktionen sind strukturell asymmetrisch: Die Sozialarbeitenden treffen mit ihrem Expertenwissen und ihrer Expertenkompetenz auf den Bedarf bzw. die Bedürftigkeit einer ratsuchenden Person. Anders ausgedrückt: Die in ihrer Berufsrolle handelnden Sozialarbeitenden vertreten die öffentlich-rechtliche oder gesellschaftliche Seite, welche in der Beratungssituation auf die privat-intime Seite einer ratsuchenden Person trifft (S. 17).

Widulle (2012) lehnt sich in seinen Ausführungen zudem an die Definition von Alexander Redlich (1997) an und nimmt noch Anpassungen für die Soziale Arbeit vor (S. 34). Redlichs (1997) Darlegung zufolge handelt es sich bei Beratung um eine professionelle Verständigung zwischen einem Problem- und einem Hilfesystem. Somit kommt der Beratung eine Brückenfunktion zwischen den Systemen zu (Redlich, zit. in Nestmann, 1997, S. 152–153).

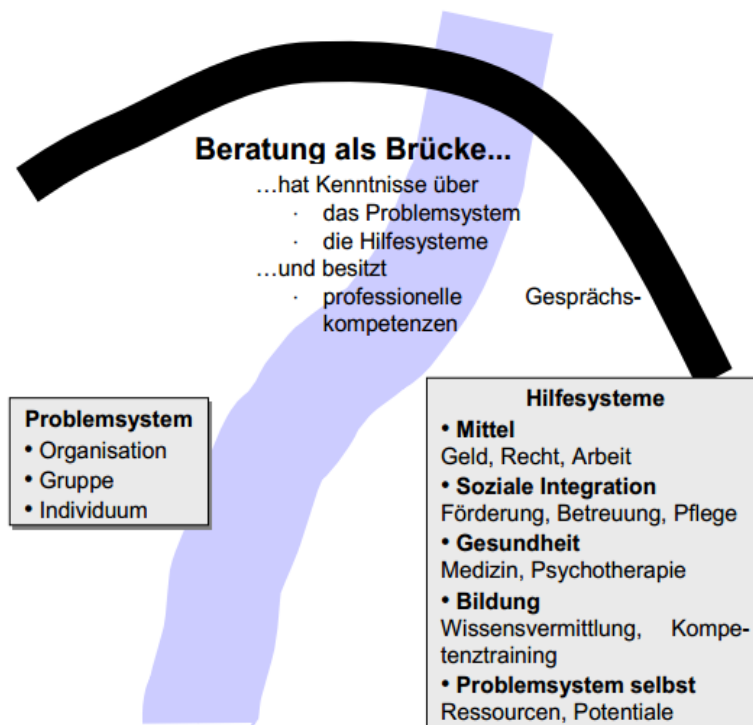


Abbildung 3: Beratung als Brücke zwischen Problem und Hilfesystem (Redlich, 1997, S. 153)

Redlich (1997) versteht in diesem Sinne Beratung als professionelle Verständigung zwischen (mindestens) zwei Personen, von denen die „ratsuchende“ Person ein Problem hat, das mithilfe der Beratung gelöst werden soll, und (mindestens) eine „beratende“ Person den expliziten Auftrag hat, zur Problemlösung kommunikativ, informativ und ggf. handelnd beizutragen. Beratung sorgt durch strukturierte Gesprächsführung dafür, dass die Akteure einander ihr inneres Erleben authentisch zum Ausdruck bringen (humanistisch-psychologischer Aspekt), akzeptable Beziehungsregeln miteinander aushandeln (systemischer Aspekt), sich gegenseitig über Sachverhalte informieren (klinisch-diagnostischer und sachorientierter Aspekt) und gemeinsam (effiziente) Massnahmen planen (lern- und verhaltenspsychologischer Aspekt) (Redlich 1997, S. 152).“

Hier erfolgt der Bezug zu strukturiertem Handeln, d.h. Beratungen geschehen nicht einfach so, sondern werden von Professionellen vorbereitet und in Zusammenarbeit mit den ratsuchenden Personen durchgeführt und nachbereitet.

Widulle (2012) betont, dass es sich bei der Beratung im sozialarbeiterischen Kontext nicht nur um eine kommunikative Problemlösung und Vermittlung zwischen den Systemen handelt, sondern dass auch Expertenwissen [sic!] vermittelt oder direkt materielle Hilfe geleistet wird (S. 15).

Im folgenden Abschnitt sollen die spezifischen Merkmale und die Ziele sozialarbeiterischer Beratung herausgearbeitet werden. Die Autorinnen beziehen sich hierbei auf die Ausführungen zur Beratungsmethodik von Esther Weber (2012).

5.3 Merkmale und Ziele der Sozialberatung

Weber (2012) versteht Beratung im sozialarbeiterischen Sinne als professionelle Kommunikationsgestaltung und sieht das Ziel darin, dass die Sozialarbeitenden mit den ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsmethoden den Ratsuchenden bei Veränderungen in ihrer persönlichen und sozialen Umwelt behilflich sind, damit diese ihr Leben inskünftig selbstbestimmt und eigenverantwortlich führen können. Beratung als Handlungsmethode setzt die ratsuchende Person und ihre Beziehung zur Umwelt in den Mittelpunkt (S. 10), d.h. Klientinnen und Klienten werden nicht nur über ihre Ansprüche informiert, sondern bei der Bewältigung von als problematisch erlebten Situationen unterstützt, der Zugang zu materiellen Ressourcen wird ihnen erschlossen und somit die Inklusion ins System gewährleistet (ebd., S. 11).

Hans Thiersch (1977) verweist ebenfalls darauf, dass im sozialarbeiterischen Kontext einer Beratung der Einbezug der jeweiligen Lebensumstände der Klientel erforderlich ist:

Sozialpädagogische Beratung sollte parteinehmende Praxis sein, die, gestützt auf Persönlichkeits- und Gesellschaftstheorie, durch reflektierte Beziehungen und Erschliessen von Hilfsquellen verschiedener Art das Unterworfensein von Menschen in belastenden Situationen verändern will. Sie hat die Offenheit von menschlichen Situationen zur Voraussetzung und arbeitet mit den zugleich methodischen wie inhaltlichen Mitteln der Akzeptierung, Sachkompetenz und Solidarisierung. Eine solche Zieldefinition zeigt, dass Beratung zwar mit Interaktion zwischen Personen beginnt, aber nicht dort verbleibt, sondern menschliche Lebensumstände mit ihrer mehrdimensionalen, insbesondere auch sozioökonomischen Bedingtheit angehen will (S. 129).

Für Dieter Röh (2013) orientiert sich die Soziale Arbeit in der Einzelfallhilfe an der subjektiven Handlungsfähigkeit der Klientinnen und Klienten und versucht, diese ressourcen- und kompetenzorientiert zu erweitern, indem sie durch Beratung die sozioökonomischen Mittel zu erschliessen sucht (S. 207).

Für Silvia Staub-Bernasconi (2007) ist die Ressourcenerschließung sogar die älteste Arbeitsweise der Sozialen Arbeit mit dem Ziel, den Klientinnen und Klienten in ihrem Bestreben, ein selbstständiges Leben zu führen, behilflich zu sein. Ausgehend von den jeweiligen Lebenslagen soll die Soziale Arbeit den Zugang zu allen wirtschaftlich-

materiellen, personellen und ideell-kulturellen Gütern ermöglichen, welche für die Befriedigung der biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse aller Menschen notwendig sind (S. 298–299).

Beratung in der Sozialen Arbeit nimmt nach Manfred Neuffer (2009) Bezug zu sozialen Problemen, zum Hilfestellungsprozess und allen Systemebenen mit dem Ziel, die mehrdimensionalen Problemstellungen von Einzelnen oder Gruppen zu verändern. Als Basis dient ein konzeptspezifischer, lösungs-, zukunfts- und ressourcenorientierter Ansatz (S. 160).

Beratung hat aber vielfach auch die Aufgabe, Informationen zu vermitteln. Trotz umfassender Verfügbarkeit von Informationen auf verschiedenen medialen Plattformen gelingt es nicht allen Menschen, sich Zugang dazu verschaffen, da sie nicht über die nötigen technischen Mittel verfügen oder ihnen skeptisch gegenüberstehen. Somit kommt der psychosozialen Beratung auch die Aufgabe zu, informationsarmem Klientel den Zugang zu ermöglichen. Durch entsprechende Hilfestellung können Belastungen bei den Klientinnen und Klienten gemindert und Problembewältigungen erleichtert werden (Jillian Werner & Frank Nestmann, 2014, S. 619–620).

Ein zentraler Punkt in der Sozialen Arbeit ist die Beziehung zwischen Sozialarbeitenden und Klientinnen und Klienten, welche im Rahmen des Beratungsprozesses aufgebaut und entwickelt wird und die Grundlage für die Ausarbeitung eines Arbeitsbündnisses und somit die Basis für zielführende Hilfen bildet (Weber, 2012, S. 11–12).

Mithilfe eines Strukturierungsmodells versucht Weber (2012) festzulegen, in welchen Bereichen sozialarbeiterische Beratung stattfindet.



Abbildung 4: Strukturierungshilfe sozialarbeiterischer Beratung (Weber, 2012, S. 12)

Im Zentrum des Modells steht die sozialarbeiterische Beratung, welche vier verschiedene Beratungsfunktionen im ganzen Spannungsfeld abdeckt. Die Soziale Arbeit bewegt sich dabei zwischen den Polen „Freiwilligkeit“ und „gesetzliche Massnahmen“ und zwischen „materiellen“ und „psychosozialen Problemen“ (ebd., S. 12).

In der Praxis sind die Übergänge innerhalb der vier Beratungsfunktionen häufig fließend oder sogar überschneidend. Daher ist es für Sozialarbeitende unabdingbar, sich immer bewusst zu sein, dass während eines Hilfeprozesses die Funktionen wechseln können, je nach Bedürfnissen der Beteiligten. Mithilfe der Auftragsklärung und der Erarbeitung eines Arbeitsbündnisses wird das Beratungshandeln der Professionellen legitimiert. Sobald dieser Punkt erreicht ist, entscheidet sich, auf welcher Grundlage der Beratungsprozess initiiert wird und in welcher Beratungsfunktion sich die Sozialarbeitenden befinden (ebd., S. 13).

Zum besseren Verständnis erfolgt eine Beschreibung der Beratungsfunktionen:

Information/Service:

In dieser Beratungsfunktion liegt das Hauptmerkmal der Tätigkeit darin, notwendige Auskünfte und Sachinformationen zu vermitteln, welche für die Problemlösung notwendig sind. Es handelt sich hierbei vorwiegend um die Erschließung materieller Ressourcen (ebd., S. 13).

Veränderung/Entwicklung

In diesem Bereich besteht der Hauptfokus der Sozialarbeitenden in der Initiierung und Förderung geeigneter Beratungsprozesse, welche den Ratsuchenden ermöglichen, neue Möglichkeiten im Handeln und Denken für sich oder zu ihrer Umwelt zu erschliessen. Im besten Falle gelingt es ihnen, ihre Fähigkeiten im Bereiche der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Gefühle und der Einstellungen zu erweitern und dadurch mehr Wissen und Kompetenzen zu erlangen, um ihre Probleme selbstständig zu lösen. In der Methodenlehre der Sozialen Arbeit wird daher von der Erschließung interner Ressourcen gesprochen (ebd., S. 14).

Schutz/Kontrolle/„Fürsorge“

Dieser Bereich stützt sich auf gesetzliche Bestimmungen und Massnahmen. Sozialarbeitende führen hier Abklärungen und Massnahmen im Kontext des Erwachsenen- und Kindesschutzes, der Bewährungs- und Suchthilfe durch oder richten wirtschaftliche Sozialhilfe aus. Dabei wird nicht nur Hilfestellung im Sinne der gesetzlichen Vorgabe geleistet, sondern der Sozialen Arbeit kommt hier auch eine Kontrollfunktion betreffend der Einhaltung gesellschaftlicher normativer Vorgaben zu. Grundsätzlich verfolgen die Sozialarbeitenden in dieser Funktion das Ziel, die Beteiligten für eine Kooperation im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu gewinnen (ebd., S. 14–15).

Stabilisierung/Betreuung/Begleitung

In dieser Funktion befinden sich Professionelle in der Rolle von Betreuenden oder Begleitenden. Dabei versuchen sie, zusammen mit den Beteiligten und deren Umwelt eine Stabilisierung der problematischen Situation herbeizuführen, und achten gleichzeitig auf die Gewährung der Menschenwürde und die grösstmögliche Autonomie für die Beteiligten. Je nach Auftragskontext nehmen die Sozialarbeitenden die Interessen Ihrer Klientinnen und Klienten wahr, die diese aufgrund geistiger, körperlicher oder sozialer Einschränkungen nicht mehr selber wahrnehmen können (ebd., S. 15).

In welchen Funktionsbereichen sind nun Sozialarbeitende mit Menschen mit einer Persönlichkeitsstörungen konfrontiert?

Persönlichkeitsstörungen sind fortdauernd unflexible Charakterzüge und Verhaltensmuster von Individuen, welche sich in unterschiedlicher Weise in Lebenssituationen zeigen und zu subjektivem Leiden der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes führen (Damm, 2012, S. 22).

Das hier genannte subjektive Leiden kann sich in Form körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen manifestieren. Menschen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, sind vor allem im Bereich der Beziehungsgestaltung eingeschränkt. Dies wiederum führt dazu, dass sie in allen Lebensbereichen an Grenzen stossen. Sie befinden sich vielleicht vorübergehend stationär in einer psychiatrischen Klinik, werden eventuell ambulant in einer Tagesklinik behandelt oder unterziehen sich einer Therapie bei einer psychiatrischen Fachperson. Wie in der einschlägigen Literatur vermerkt, stossen sie aber im Alltag aufgrund ihres abweichenden Verhaltens immer wieder auf Schwierigkeiten. Sie verlieren ihre Arbeitsstelle, geraten in gewalttätige Auseinandersetzungen, werden abhängig von Suchtmitteln etc. Die Liste liesse sich um ein Vielfaches ergänzen. Meistens kommen sie aber nur selten aufgrund ihrer Persönlichkeitsstörung in die Beratung, sondern weil sie aufgrund ihres Verhaltensschemas Probleme in der Bewältigung ihres Alltags haben und ihr Leben nicht eigenständig meistern können.

Insofern können Sozialarbeitende in allen Funktionsbereichen mit Personen, welche an einer Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, in Kontakt treten. Es seien an dieser Stelle einige ausgewählte Arbeitsfelder den Funktionsbereichen zugeordnet, ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

Information/Service:

Freiwillige Beratungsstellen für psychisch Kranke wie z.B. Pro Infirmis, Pro Mente Sana, welche Betroffenen bei unterschiedlichen Fragen zur Bewältigung des Alltags behilflich sind, sei dies im Ausfüllen einer IV-Anmeldung, bei der Budgetberatung etc.

Veränderung/Entwicklung

Als Beispiel wäre hier die Betriebliche Sozialarbeit (meist in einem grösseren Unternehmen) genannt, wo Sozialarbeitende erkrankten Arbeitnehmenden bei der Wiedereingliederung am Arbeitsplatz behilflich sind oder für ein besseres Verständnis oder einen besseren Umgang mit diesem Störungsbild sorgen. In den Bereichen Schuldenberatung, Familienberatung, Eheberatung, Erziehungsberatung etc. sind Sozialarbeitende gefordert, mit den Betroffenen ihren Möglichkeiten und Erwartungen entsprechend mithilfe von Beratungen mögliche Problemlösungskonzepte zu erarbeiten.

Schutz/Kontrolle/„Fürsorge“

In diesem Bereich sind Sozialarbeitende u.a. beauftragt, Abklärungen für eine Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde vorzunehmen, und werden unter Umständen mit Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen konfrontiert oder müssen den Schutzbedarf von Kindern beurteilen, deren Eltern erkrankt sind und ihre Erziehungsaufgaben nicht mehr ausüben können. Oder sie müssen herausfinden, ob die psychische Erkrankung eine Person in ihrem Alltag so sehr einschränkt, dass sie eine dauernde professionelle Unterstützung benötigt.

Ebenso werden im Rahmen der wirtschaftlichen Sozialhilfe Personen bei Sozialarbeitenden vorsprechen, welche ihre Arbeit verloren haben oder gar nicht mehr arbeitsfähig sind. Mit ihnen müssen sozialversicherungstechnische Ansprüche geltend gemacht und die materielle Existenzsicherung der Betroffenen sichergestellt werden.

Gerade in diesem Funktionsbereich, in welchem nicht nur die Förderung der intrapersonellen Ressourcen angestrebt, sondern auch eine aktive Mitarbeit erwartet wird, sind die Ansprüche an die Professionellen sehr hoch, da eine möglichst hohe Kooperation seitens der Betroffenen angestrebt wird. Durch die teilweise hohe Ich-Syntonie der an Persönlichkeitsstörungen erkrankten Personen steht die Erarbeitung einer Problemeinsicht zuerst oder parallel dazu im Vordergrund.

Stabilisierung/Betreuung/Begleitung

In diesem Funktionsbereich werden Sozialarbeitende am häufigsten mit an einer Persönlichkeitsstörung leidenden Personen konfrontiert werden. Es handelt sich hierbei oftmals um Sozialdienste innerhalb von Kliniken, in denen Sozialarbeitende direkt mit Klienten und Klientinnen innerhalb eines interdisziplinären Teams mit Personen die Lebensbewältigung nach dem Klinikaustritt vorbereiten und gegebenenfalls eine Triagefunktion einnehmen und die Personen ausserhalb des stationären Rahmens mit weiteren sozialen Institutionen vernetzen.

Ein weiteres grosses Arbeitsfeld in diesem Funktionsbereich findet sich in Therapiestationen, wo sich erkrankte Menschen über einen längeren Zeitraum aufhalten und in der Bewältigung von Alltagshandlungen geschult werden. An dieser Stelle sei der Bereich der Suchthilfe erwähnt, in welchem sich Professionelle der Sozialen Arbeit in diversen Funktionen mit psychisch erkrankten Menschen auseinandersetzen müssen.

Wie aus den obigen Ausführungen hervorgeht, handelt es sich hierbei um Beratungssituationen mit Menschen, die an einer psychischen Beeinträchtigung leiden. Da der Fokus der Sozialarbeitenden hierbei hauptsächlich darin besteht, mit den Betroffenen dahingehend zu arbeiten, dass sie trotz eingeschränkter psychischer Gesundheit ihren Lebensalltag selbstständig meistern können und eine Inklusion in die Gesellschaft wieder möglich wird, spricht man hier von klinischer Sozialarbeit.

In diesem Zusammenhang spricht Peter Franzkowiak (2009) von sozialer Gesundheitsarbeit: „Soziale Gesundheitsarbeit (SGA) ist in zwei grossen Handlungsfeldern angesiedelt: sowohl als Sozialarbeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens als auch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in sozialen Diensten und Projekten ausserhalb des Gesundheitswesens einschliesslich sozialpädagogischer Gesundheitsbildung und -förderung“ (S. 66).

5.4 Definition Klinische Sozialarbeit

Klinisch (griechisch für kliné) bedeutet Lager oder Bett und weist auf die Arbeit mit Kranken hin, was wiederum impliziert, dass der Kliniker/die Klinikerin den Kranken behandelt (Brigitte Geissler-Piltz, Albert Mühlum & Helmut Pauls, 2005, S. 11).

Wie wird nun aber in diesem Zusammenhang die Verknüpfung zwischen Krankheit und Sozialer Arbeit ersichtlich, versteht sich doch Soziale Arbeit nicht als behandelnde Profession? Aus diesem Grund lohnt sich ein Blick auf die Geschichte der Klinischen Sozialarbeit.

5.4.1 Kurzer Abriss über die Geschichte der Klinischen Sozialarbeit

Mit Beginn der Industrialisierung im 19. Jahrhundert wurde der Erhaltung der Gesundheit mehr Aufmerksamkeit geschenkt, musste doch die Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmenden im aufkeimenden Industriesektor gewährleistet bzw. gefördert werden. Die Wurzeln der Gesundheitsfürsorge lagen in der Krankenpflege und wurden zuerst durch Kirchen und private Vereine übernommen. Mit der Schaffung verschiedener öffentlicher Einrichtungen wie z.B. Volksküchen, Informations- und Aufklärungsdiensten etc. war die Gesundheitsfürsorge zuerst der verlängerte Arm von Politik und Medizin. Erst nach und nach konnte sich Professionalität als staatliche Aufgabe mit dem Ziel des Bevölkerungswachstums entwickeln.

Bis zum Ersten Weltkrieg beruhten die Grundlagen der Sozialen Arbeit auf Ökonomie und Medizin. Nach der Gründung erster Fachschulen für Soziale Arbeit entstand das Bedürfnis, ein eigenes disziplinäres Verständnis zu erarbeiten. Diesem lagen Erkenntnisse zugrunde, dass gesundheitliche Probleme immer auch als soziale Probleme im Zusammenhang mit Armut, Benachteiligung, Ausgrenzung und Nichtteilhabe zu betrachten sind. Mit einer öffentlich verorteten Gesundheitspflege entstanden die Berufe einer Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Bildeten im 19. und 20. Jahrhundert Armut und Elend die vorrangigen Problemfelder der Gesundheitsfürsorge, so sind vor allem in den letzten zwei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts nebst Armut und Elend noch Konsum und Luxus zu Risikofaktoren geworden. Die Wirkungsfelder der Sozialen Arbeit haben sich dementsprechend ausdifferenziert, indem sie sich mit der Bewältigung von chronischen Erkrankungen beschäftigt wie z.B. in der Suchthilfe, in der AIDS-Beratung etc. In diesem Sinne beschäftigt sie sich auch damit, wie gesundheitliche Ungleichheit und die körperlich und geistigen Auswirkungen zu einem gesellschaftspolitischen Thema wurden (Hans Günther Homfeldt, 2012, S. 490–491).

Geissler-Piltz, Mühlum und Pauls (2005) führen aus, dass der Begriff clinic bzw. clinique im englischen und französischen Sprachgebrauch nicht nur im medizinischen Sinne verwendet wird. Dort steht er in direktem Bezug zur beratenden und therapeutischen Behandlung von Personen. Klinisch tätig zu sein meint in der Sozialarbeit somit, in direkter Interaktion mit dem Klienten/der Klientin zu sein und konkretes fallbezogenes Handeln und Behandeln anzuwenden. Ihrer Ansicht nach nimmt die Definition des American Board of Examiners aus dem Jahr 1995 eine eindeutige Position ein, in welcher der Fokus auf die bio-psycho-soziale Gesundheit und Entwicklung des Menschen gelegt wird. Somit positioniert sich die klinische Sozialarbeit zwischen den klassischen Disziplinen Medizin und Psychologie und sieht ihre Aufgabe als Vermittlung und kontextsensible Kommunikation des anwendungsorientierten bio-psycho-sozialen Paradigmas (siehe nächster Abschnitt) unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Dimension. Diese Sichtweise erfordert aber eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Anfang an und damit kommt der Sozialarbeit ein durchaus verantwortlicher Teil in einem Behandlungsplan zu (S. 12–13).

5.4.2 Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheitsstörungen

Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheitsstörungen (siehe Abbildung 5) wurde Ende der 1970er-Jahre vom amerikanischen Psychiater George L. Engel entwickelt und zeigt auf, dass alle drei Faktoren in sich kontinuierlich ändernden Wechselbeziehungen stehen. Durch die Veränderungen innerhalb der Faktoren lassen sich die Entstehung und der Verlauf von Störungen eruieren.

Die entscheidende Ebene für die Wahrnehmung einer Krankheit oder Störung ist die Person mit ihren Verhaltensweisen und Erfahrungen. Psychische und soziale Faktoren sind gleich wichtig wie die biologischen und müssen demzufolge in die Diagnostik und Behandlung einbezogen werden (Magdalena Stemmer-Lück, 2009, S. 19–20).

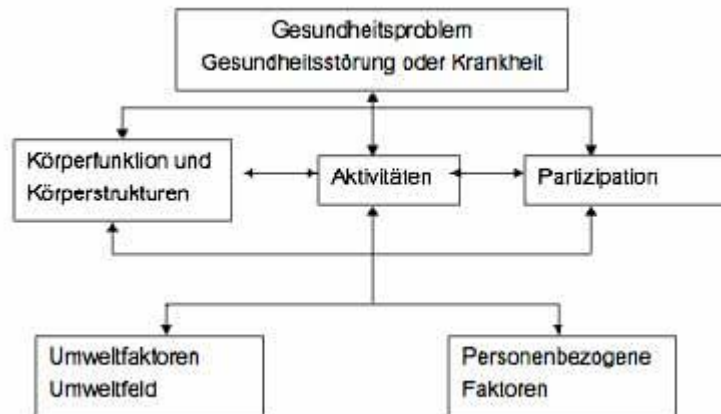


Abbildung 5 Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheitsstörungen nach ICF (International Classification of Functioning Disability and Health von der WHO), zit. in Bosshard et al., 2013, S.27(leicht modifiziert).

Für Heinz-Alex Schaub (2008) beschäftigt sich die klinische Sozialarbeit mit den sozialen Dimensionen gesundheitlicher Fragen und kann die somatische und psychologische Versorgung und Behandlung ergänzen, nachdem sie allzu lange die medizinischen und psychologischen Disziplinen zu kopieren versuchte. Er führt folgende wichtige Charakteristika der klinischen Sozialarbeit auf, wobei die Reihenfolge keine Bedeutungshierarchie hat:

Klinische Sozialarbeit

- ist niederschwellig
- ist familienorientiert
- umfasst neben Akutbehandlungen (vor dem Hintergrund chronischer Erkrankungen) Langzeitbehandlungen, -beratungen, -betreuungen und -begleitungen
- erfordert ein eigenes Beratungsmodell
- handelt ressourcenorientiert
- beschreibt kognitive, pragmatische und emotionale Aspekte, die Menschen helfen, Gesundheit zu erhalten und/oder wiederherzustellen, und ist der Salutogenese verpflichtet. Dazu entwickelte Aaron Antonovsky das Konzept des Kohärenzgefühls. Dies beinhaltet das Vertrauen darauf, dass
 - die Ereignisse im Leben strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind,
 - die Ressourcen verfügbar sind, um den Anforderungen des Lebens gerecht zu werden,
 - die genannten Aspekte als Herausforderungen für jeden Menschen zu verstehen sind.
- schliesst die Bereitschaft zur Kooperation mit anderen Disziplinen und Berufsgruppen im Sinne einer integrierten Gesundheitsvorsorge ein.
- umfasst auch Gesundheitspädagogik und Gesundheitsförderung (S. 20–24).

Homfeldt (2012) hält ebenfalls fest, dass sich die Gesundheitsarbeit in den letzten dreissig Jahren tendenziell vom medizinisch-pflegerischen zu sozialpflegerischen-sozialpräventiven Arbeiten entwickelt hat und entwickeln wird. So wird sich auch eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, also die Klinische Sozialarbeit, noch weiter ausdifferenzieren. Als mögliche weitere Praxisfelder nennt er (immer im Blickfeld der klinischen Sozialarbeit):

- Mitarbeit bei Evaluation, Qualitätssicherung und -management gesundheitsbezogener Aufgabenbereiche
- Leitung von Sozialstationen
- Vernetzung häuslicher und stationärer Pflege
- Aufbau professioneller Sterbebegleitung
- Mitwirkung und Betreuung chronisch kranker Kinder
- Angehörigenarbeit (S. 500–501)

In den bisherigen Ausführungen wurde von Behandlungen und Therapien gesprochen. Des Weiteren wurde dargelegt, wie gerade im Bereich der Klinischen Sozialarbeit die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen von eminenter Wichtigkeit ist. Wo finden sich nun aber die Schnittstellen bzw. wie grenzt sich die Sozialberatung von der Psychotherapie ab?

5.5 Beratung versus Therapie

Belardi et al. (2011) halten fest, dass psychosoziales Leid weitaus häufiger verbreitet ist, als man denkt, und folgern daraus, dass Beratungssituationen schnell in eine therapeutische Situation „umkippen“ können. Seit den 1970er-Jahren konnte in den deutschsprachigen Ländern eine grosse Verbreitung psychologischen und psychotherapeutischen Wissens festgestellt werden, welches auch nicht vor der Sozialen Arbeit Halt machte. Sie stellten sich daher die Frage, wie die Grenze zwischen sozialer und psychotherapeutischer Beratung gezogen werden kann, und hielten folgende Unterscheidungsmerkmale fest:

- Institutionell: Sozialberatung findet in sozialpädagogischen Einrichtungen statt oder als funktionale Beratung (Sozialamt etc.) und nicht in einer psychotherapeutischen Praxis. Sozialberatung ist niederschwelliger, d.h. auch wenig motivierte Personen finden Zugang zu Beratungsstellen, wohingegen für eine Psychotherapie doch eine hohe Motivation der Betroffenen erforderlich sein muss.
- Dauer: Sozialberatung wird in zeitlich eher kürzeren oder weniger häufigen Sitzungen stattfinden. Psychotherapiebehandlungen können sich auch über Jahre hinwegziehen.
- Schwerpunkt: Innere, psychische Prozesse der Ratsuchenden stehen bei der Sozialberatung nicht zwingend im Mittelpunkt. Psychotherapie befasst sich eher mit der Tiefe der Persönlichkeit und versucht dabei auch, in der Vergangenheit Erlebtes mit den Klientinnen und Klienten zu verarbeiten. Die Sozialberatung weitet ihr Feld mehr in die Breite aus und legt den Fokus auf die Gegenwart und die Zukunft.
- Reale Hilfen: Konkrete Hilfsmöglichkeiten zur Bewältigung des Alltags und die Zugängerschliessung von Netzwerken stellen eine wesentliche Kernaufgabe der Sozialberatung dar.

- Gesprächstechnik: Sozialberatung ist nicht an einer therapeutischen Richtung orientiert, sondern nutzt verschiedene Methoden vorhandener Ansätze. Sozialarbeitende verhalten sich in der Regel nicht so zurückhaltend wie Therapeuten. Die flexiblere Umgangsweise mit Übertragung und Widerstand, den typischen Gesprächstechniken jeder aufdeckenden klinischen Beratung, stellt ein zentraler Unterschied zu einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie aus.
- Grundeinstellung: Sozialberatung orientiert sich an den Ressourcen der Ratsuchenden und stellt somit nicht das Problem in den Vordergrund, sondern versucht, zusammen mit der Klientel, deren Ressourcen zu aktivieren, damit diese ihre Probleme eigenverantwortlich lösen können.
- Ziele: Die Ziele der Sozialberatung liegen eher in der Breite der Lebensbewältigung und weniger in der Selbstreflexion.
- Vernetzungsaspekt: Sozialarbeitende versuchen Netzwerke für die Ratsuchenden zu erschliessen, was Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen nicht machen.
- Rollenverständnis: Sozialarbeitende sind nicht Spezialisten wie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, sie sind in der Regel besser verfügbar und können ihrer Klientel noch mehr als nur das Beratungsgespräch anbieten. (S. 43–47).

Mechthild Seithe (2012) geht in Bezug auf das Rollenverständnis noch weiter und formuliert das Generalistische der Sozialen Arbeit wie folgt:

Soziale Arbeit hat deshalb im Unterschied zu allen anderen sozialen Berufen kein Monopol für ein eigenes Arbeitsgebiet, in dem sie und nur sie zuständig ist, ein Arbeitsgebiet, das sie sozusagen ihr Eigen nennen könnte. (...) Sozialarbeitende sind SpezialistInnen für den menschlichen Alltag in seiner Ganzheit, mit seinen Zusammenhängen und Vielschichtigkeiten, sie sind Professionelle, deren Professionalität sich eben genau darin zeigt, dass sie sich nicht auf Zuständigkeiten zurückziehen und auf ihr Spezialgebiet beschränken können (S. 49–50).

Auch Bosshard et al. (2013) sehen die Unterschiede zwischen den zwei Fachbereichen hauptsächlich im Bereiche des mit dem Betroffenen zu bearbeitenden Problemfeldes. Konzentrieren sich psychologische und medizinische Fachkräfte hauptsächlich auf medizinisches und seelisches Defizit, werfen die Sozialarbeitenden ein spezielles Augenmerk auf die Auswirkungen der Einschränkungen, auf das psychosoziale Wohlbefinden und die Lebenswelt (S. 121–124).

Einen wesentlichen Unterschied zwischen Psychotherapie und Sozialer Arbeit sieht Maria Ohling (2015) darin, dass führende SozialarbeitswissenschaftlerInnen der Sozialen Arbeit den Anspruch zuweisen, sich in Verhältnisse einzumischen. Dies tut sie, indem Sozialarbeitende Öffentlichkeitsarbeit leisten, in verschiedenen Gremien aktiv werden, aber auch indem sie mit Lehrpersonen, Arbeitgebenden, Nachbarn oder Familienangehörigen in Kontakt treten und anwaltschaftlich für die Klientinnen und Klienten und mit ihnen selber die auftretenden Probleme bearbeiten.

Den Anspruch, sich in gesellschaftliche Verhältnisse oder soziale Umstände einzumischen, erhebt die Psychotherapie eigentlich nicht (S. 67–68). Ebenso führt die Psychotherapie keine Kontrollfunktion aus, während in der Sozialen Arbeit das sogenannte Doppelte Mandat von Hilfe und Kontrolle, bedingt durch die institutionellen Vorgaben, sehr häufig vorkommt (ebd., S. 70).

Ohling (2015) bringt es auf den Punkt, indem sie ausführt, dass es sich bei den Aufgaben der beiden Arbeitsfelder um Behandlung versus Hilfe bei sozialen Problemen handelt. Die Psychotherapie befasst sich dabei mit der Heilung und Linderung von psychischen Störungen, während die Soziale Arbeit die soziale Dimension, und mit ihr die biologische und die psychische, bearbeitet, wenn Menschen von Krankheit, Armut und sozialer Benachteiligung oder sogar Exklusion betroffen sind. Ihrer Meinung nach leistet die Soziale Arbeit ihren Beitrag zur Heilung und Linderung psychischer Störungen, dennoch handelt es sich nicht um ihre Kernaufgabe, sondern lediglich um einen möglichen Teilbereich ihres umfassenden Aufgabengebietes (S. 68–69).

Harro Dietrich Kähler (2009) formuliert den Unterschied noch deutlicher, indem er darauf hinweist, dass Soziale Arbeit auch dann tätig werden muss, wenn die Klientinnen und Klienten nicht freiwillig in die Beratung kommen, während es aus psychotherapeutischer Sicht keine unfreiwillige Klientel gibt (S. 30).

Dennoch haben Sozialberatung und Psychotherapie auch Gemeinsamkeiten, da nämlich eine spezielle Rollenbeziehung vorherrscht: Der eine Gesprächspartner spricht aus einer professionellen Rolle mit einem anderen. Trotzdem kann auch im Prozess einer Sozialberatung das Gespräch immer wieder am Punkt einer verfestigten Lebensproblematik angelangen. In der Psychotherapie wird dies als seelische Beeinträchtigung oder psychische Erkrankung bezeichnet. In diesem Fall müssen Beratende im Sozialbereich ihre Grenzen kennen und die ratsuchende Person an eine professionelle Fachperson weiterverweisen (Belardi et al., 2011, S. 47).

Einen guten Überblick über die Unterschiede zwischen Beratung und Therapie stellt die nachfolgende Tabelle dar (F. Mattejat & J. Pauschardt, 2009, S. 174).

Bereich	Beratung	Therapie
Begriffe zur Kennzeichnung der Rollenverteilung	Berater – Klient [sic!]	Psychotherapeut – Klient [sic!]
Inhaltlicher Schwerpunkt	Inhaltlicher Fokus wenig festgelegt: Es kann um eine Vielfalt unterschiedlicher Fragestellungen oder Probleme gehen. Traditionell steht eher die Förderung der Entwicklung und des Wohlbefindens im Blickpunkt: Ressourcenorientierung.	Inhaltlicher Fokus eher festgelegt: Psychische Störungen oder psychische Aspekte bei körperlichen Erkrankungen stehen im Mittelpunkt. Traditionell stehen eher die psychischen Beeinträchtigungen im Blickpunkt: diagnosen- und störungsorientiert.

Aufgabenstellung	Hilfestellung bei der Beantwortung von offenen Fragestellungen, die für die Orientierung und Handlungsplanung notwendig sind, beim Treffen von Entscheidungen und Hilfe bei der Lösung bzw. Bewältigung von Problemen.	Heilung oder Linderung einer Erkrankung mit psychologischen Mitteln; psychologische Hilfe bei der Bewältigung von körperlichen Erkrankungen.
Auftrag	Beratungsauftrag; Häufig weniger klar umrissen; Unterstützung in einer Lebenssituation oder bezüglich einer Problemlage. Die Person (Eigenschaften, Erleben, Verhalten) des Ratsuchenden [sic!] steht weniger zur Debatte.	Therapieauftrag; Veränderung des Erlebens, Verhaltens oder Leidenszustandes des Patienten [sic!] Damit steht die Person (Eigenschaften, Erleben, Verhalten) des Patienten [sic!] stärker zur Diskussion.
Einschränkungen beim Klienten/Patienten [sic!]	Es bestehen im typischen Falle keine oder nur geringe Einschränkungen bei der Steuerung des eigenen Verhaltens (Eigenverantwortung nicht eingeschränkt; geringerer Störungsgrad); es wird unterstellt, dass der Klient [sic!] über ein Mindestmass an Handlungsfreiheit (Autonomie) verfügt. Beratung ist in der Regel freiwillig.	Im typischen Falle bestehen aufgrund der psychischen Störung Einschränkungen bei der Steuerung des eigenen Verhaltens (höherer Störungsgrad). Es wird davon ausgegangen, dass die Handlungsfreiheit (Autonomie) beim Patienten [sic!] eingeschränkt sein kann. Therapie kann auch in besonderen Fällen (Selbst- und Fremdgefährdung) gegen den Willen des Patienten [sic!] erfolgen.
Intensität, Zeitperspektive und Fokussierung	In der Regel weniger intensiv, zeitlich unbegrenzt, thematisch stärker fokussiert.	In der Regel intensiver, länger und thematisch umfassender.
Informationsaspekt	Information für den Klienten [sic!] steht stärker im Vordergrund.	Information für den Patienten [sic!] steht weniger stark im Vordergrund.
Zugang	Zugangsschwelle ist eher niedrig (häufig kostenfrei; teilweise anonyme Beratung).	Zugangsschwelle ist eher höher (i.d.R. Finanzierung durch Krankenkassen; anonymen Zugang kaum möglich).
Persönlicher Kontakt	Beratung kann auch telefonisch, schriftlich oder online erfolgen. Ein persönlicher Kontakt ist nicht unbedingt notwendig.	Therapie sollte immer persönliche Kontakte einschliessen; wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, können auch andere Kommunikationsmittel genutzt werden.

Tabella 4: Unterschiede zwischen Beratung und Therapie (F. Mattejat & J. Pauschardt, 2009, In Warschburger, Petra, 2009, S. 174)

5.5.1 Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich sowohl Soziale Arbeit als auch Psychotherapie mit sozialen Problemfeldern auseinandersetzen. Die Soziale Arbeit bewegt sich aber in einem breiteren Bereich und berücksichtigt sowohl die sozialen, biologischen als auch psychischen Aspekte einer Problemlage mit dem Ziel, zusammen mit den Klientinnen und Klienten Lösungen zu entwickeln, damit diese ihren Lebensalltag selbstständig meistern können. Die Psychotherapie als spezialisierte Fachrichtung legt ihren Schwerpunkt auf die Behandlung und Linderung psychischer Einschränkungen. Das Ziel kann gleich formuliert werden wie bei der Sozialen Arbeit. Dennoch besteht der Hauptfokus in der Bewältigung des Lebensalltags aus Sicht der psychischen Dimension. Das Meistern alltagspraktischer Probleme setzt aber nicht nur psychische Befähigungsstrategien voraus, sondern erfordert auch logisches Denkvermögen, körperliche Gesundheit und eine verinnerlichte Werte- und Normhaltung, die es einem Menschen ermöglicht, im Austausch mit anderen Menschen innerhalb der Gesellschaft ein erfülltes Leben zu führen.

Personen, die an einer Persönlichkeitsstörung leiden, werden kaum aufgrund ihres Krankheitsbildes eine Sozialberatung in Anspruch nehmen. Sie werden vielleicht im Rahmen einer stationären psychiatrischen Behandlung in der Klinik mit der Sozialberatung vernetzt, weil sich durch ihre psychische Einschränkung Probleme in der Bewältigung ihres Lebens- oder Arbeitsalltags ergeben haben. Umgekehrt können im Verlaufe einer Sozialberatung die psychischen Auswirkungen als dermaßen einschränkend erlebt werden, dass psychotherapeutische Hilfe als vordringliche Massnahme von den Fachpersonen empfohlen wird. In diesem Sinne lautet das Fazit der Autorinnen: Soziale Arbeit und Psychotherapie sind zwei Arbeitsfelder, welche über ihre eigenen spezifischen Aufgaben verfügen, aber im Sinne einer umfassenden Hilfestellung für Ratsuchende sich gut ergänzen und deshalb idealerweise vernetzt zusammenarbeiten müssten.

Welche Besonderheiten müssen nun in der Beratungssituation von Sozialarbeitenden beachtet werden?

5.6 Das Beratungsgespräch

5.6.1 Kompetenzen der Beratenden und der Ratsuchenden

Für Maja Heiner (2010) impliziert der Begriff „Kompetenz“ sowohl die Fähigkeit, etwas zu vollbringen, als auch die Berechtigung und die Verpflichtung, etwas auszuführen, weil die Person z.B. innerhalb einer Organisation eine bestimmte Position hat und aufgrund dieser Stellung für gewisse Aufgaben zuständig ist. Heiner folgert daraus, dass dem Konzept Handlungskompetenz drei Bedeutungsdimensionen zugewiesen werden können (S. 52):

- 1. Zuständigkeitsdimension:** Damit sind die Berechtigung und die Verpflichtung gemeint, in einem bestimmten Aufgabenbereich tätig zu werden.
- 2. Qualifikationsdimension:** Diese Dimension verweist auf die Fähigkeit, komplexe und bedeutende Aufgaben bewältigen zu können.
- 3. Motivationsdimension:** Schlussendlich muss auch die Bereitschaft vorhanden sein, die Handlungen ausführen zu wollen.

Wie eingangs in Kapitel 2 und 3 erwähnt, stellt in der Beratung von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung der Beziehungsaufbau einen zentralen Faktor dar. Beratungen finden heute mehrheitlich im persönlichen Kontakt statt. Damit diese gelingen, sind sowohl vonseiten der Sozialarbeitenden als auch von Ratsuchenden Kompetenzen erforderlich (Weber, 2012, S. 23). Letztere sollten gemäss Markus Poguntke-Rauer fähig sein, sich verbal auszudrücken und die in der Beratung erarbeiteten Lösungs- und Veränderungsansätze minimal umzusetzen (Poguntke-Rauer, 2000, zit. in Weber, 2012, S. 23).

Mit einem Bezug zum pädagogischen Bereich hebt Harald Ansen (2009) hervor, dass die Beziehung ein Transportmittel für die Vermittlung von Wissen und Können darstellt. Somit geht es in der Beziehungsgestaltung immer auch um inhaltliche Aspekte der Unterstützung. Die Zielgruppen der Sozialen Arbeit sind in unterschiedlichem Masse in ihren problematischen Lebensumständen auf persönlichen Beistand angewiesen. Seines Erachtens würde eine rein technische Beziehungsmethode den Auftrag der Sozialen Arbeit verfehlen. Er nimmt an dieser Stelle Bezug zu aktuellen Beziehungsüberlegungen innerhalb der Profession und betont die zunehmende Bedeutung der Partizipation der Adressatinnen und Adressaten, ohne deren Mitwirkung unterstützende Prozesse nicht gelingen können (S. 388).

Bernd Dewe (2015) verweist auf die Begründungsleistungen professionellen Handelns innerhalb der Beratung, indem Sozialarbeitende aufgefordert sind, mit sozialwissenschaftlich basierendem Wissen eine soziale Situation mit bestimmten Erwartungen und einer Handlungsdynamik zu beschreiben und anschliessend mithilfe eines Handlungsplans eine Veränderung und zugleich auch einen Wandel in der Persönlichkeitsstruktur des Klientels zu bewirken. Dieser Vorgang kann aber ausschliesslich unter Mitarbeit des Klientels geschehen. Die Herausforderung für die Professionellen stellt sich dabei darin, die alltagspraktischen Probleme des Klientels nicht mit technologisch vorgegebenen Beratungsmethoden zu bearbeiten, sondern im praktischen Diskurs (S. 325–338).

Cornelia Schäfter (2010) betont in diesem Zusammenhang die Beziehungskompetenz der Fachpersonen, welche sich aus der Selbst-, Sozial- und Methodenkompetenz zusammensetzt. Methoden können angeeignet werden, wohingegen Selbst- und Sozialkompetenz meist Teil der Persönlichkeit und das Resultat der (beruflichen) Sozialisation sind. Der Beratungs- und der Beziehungsprozess werden aber nicht alleine durch die Fachpersonen gesteuert, sondern können durch aktives Mitwirken des Klientels entscheidend gestaltet werden (S. 45). Auch hier erfolgt also der Hinweis auf den aktiven Part der ratsuchenden Personen und die Wichtigkeit der Beziehungsgestaltung.

Gemäss Babette Renneberg, Bernt Schmitz, Stephan Doering, Sabine Herpetz und Martin Bohms (2010) sei auch bei den therapeutischen Ansätzen die Bedeutung der von Vertrauen geprägten Grundhaltung des Therapeuten [sic!] zu betonen. Ihres Erachtens kommt der therapeutischen Beziehung eine besondere Beachtung zu. Durch die Ich-Syntonie erwarten Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung, dass sich die Fachperson „schemakonform“ verhält und ihre Wahrnehmungen bestätigt. Die Psychotherapieforschung skizziert mit dem Begriff der komplementären Beziehungsgestaltung therapeutisches Verhalten, welches sich an den Erwartungen des Patienten [sic!] orientiert. Einen wichtigen Punkt setzt die Autorenschaft diesbezüglich ebenfalls auf die Anfangsphase einer Therapie, in welcher vonseiten der Fachperson sehr viel

Flexibilität gefordert ist, um die interpersonelle Erwartungshaltung des Patienten [sic!] erkennen und darauf reagieren zu können, damit es zu keinem vorzeitigen Therapieabbruch kommt (S. 347). Somit wird auch hier für eine erfolgreiche Behandlung ein hohes Mass an Fach- und Methodenkompetenz bei den Fachpersonen vorausgesetzt, was sich sinngemäss auf den Beratungsprozess in der Sozialarbeit übertragen lässt.

Kristine Langhorst und Meike Schwill (2011) erachten die Wichtigkeit der Parteilichkeit der Sozialarbeitenden als unabdingbar, soll ein Beratungsprozess erfolgreich gestaltet werden. Basis einer gelingenden Sozialberatung bildet ein stabiles Vertrauensverhältnis zwischen der Beratungsperson und dem Klienten/der Klientin. Sie führen weiter aus, dass mit Parteilichkeit nicht ein unreflektiertes Vertreten von Meinungen der Klientel gemeint ist, sondern eine qualifizierte Beratung in Form einer solidarischen Hilfe mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe. Im Rahmen der individuellen Möglichkeiten sollen Ratsuchende in den Beratungsprozess einbezogen werden und bei Problemlösungen mitwirken (S. 203).

Hier wird nochmals das Vertrauensverhältnis zwischen Ratsuchenden und Beratenden betont, ohne das die Beratung nicht gelingen kann. Mit der Ergänzung des Begriffs der Parteilichkeit wird zudem ein weiterer Aspekt eröffnet, der in der Arbeit mit Personen mit einer Persönlichkeitsstörung nicht ausser Acht gelassen werden darf. Je nach Typ der Persönlichkeitsstörung kann mangelndes Vertrauen der Betroffenen zu Widerstand oder Ablehnung führen, was sich wiederum auf den ganzen Beratungsprozess und die mögliche Problemlösung auswirkt.

5.6.2 Problembewältigungsprozess

Weber (2012) nennt den ganzen Problembewältigungsprozess, welcher in einem oder mehreren Beratungsgesprächen abläuft, einen zirkulären Prozess und stellt ihn wie folgt dar:

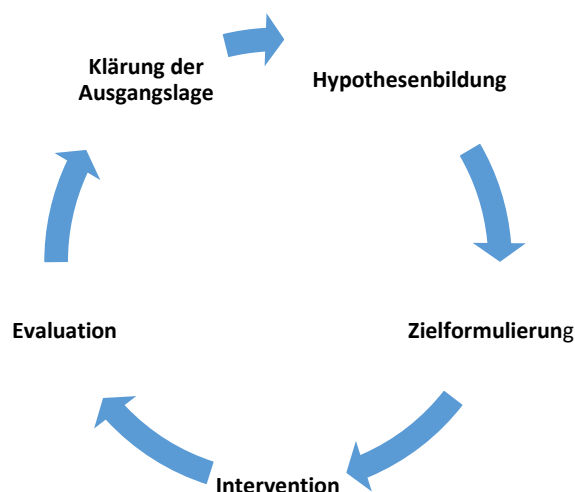


Abbildung 6 Zirkulärer Problemlösungsprozess (Weber, 2012, S.20)

In der Bearbeitung der Fallvignette im hinteren Teil der Arbeit wird dieser Prozess noch näher ausgeführt.

Im Hinblick auf die Gestaltung eines Beratungsgesprächs unterscheidet nun Kähler (2009) verschiedene Ausgangssituationen:

Erstgespräche, welche stattfinden, da

- sie den Klientinnen und Klienten verordnet wurden
- sie den Klientinnen und Klienten angeboten wurden
- sie von den Klientinnen und Klienten erbeten wurden (S. 29).

5.6.3 Behördlich verordnete Erstgespräche

Diese Kontakte kommen zustande, weil das Nichterscheinen zu einem solchen Gespräch für die Betroffenen noch nachteiligere Folgen hätte als die Belastung durch das nicht gewünschte Zusammenkommen mit den Sozialarbeitenden. Diese Form von Gesprächen finden wir vor allem im Justizbereich (Bewährungshilfe, Strafanstalten), in Institutionen wie Gefängnissen, geschlossenen Abteilungen von psychiatrischen Kliniken und ähnlichen. Die Anordnung eines Gesprächs wird mit prophylaktischen oder resozialisierenden Interessen der Öffentlichkeit begründet. Da aber viele Klientinnen und Klienten dies nicht so sehen, werden unterschiedliche Verhaltensweisen im Beratungsgespräch beobachtet: ein tatsächliches Eingehen, ein scheinbares Eingehen oder auch die radikale Ablehnung auf die sozialarbeiterischen Vorgaben. Dies stellt somit eine besonders schwierige Ausgangslage für die Sozialarbeitenden dar und hier wird nochmals betont, dass im Gegensatz zur Psychotherapie die Soziale Arbeit auch dann tätig werden muss, wenn seitens der Klientinnen und Klienten Unfreiwilligkeit vorliegt.

5.6.4 Angebotene Dienstleistungen oder Beratungen

Diese Kontakte werden von Sozialarbeitenden initiiert, wobei in diesem Bereich die Wahlfreiheit der Klientinnen und Klienten, die Angebote anzunehmen, wesentlich höher ist. Sie werden häufig denjenigen Personen unterbreitet, welche gefährdet erscheinen. Die Reaktionen können von Zustimmung bis Ablehnung reichen und daher spielt das Ausmass der Initiative der Sozialarbeitenden eine zentrale Rolle. In diesem Bereich kann es sehr lange dauern, bis ein Angebot auch tatsächlich angenommen wird. In offenen Einrichtungen oder in freiwilligen Beratungsstellen kann es erstmals zu rein informellen Kontakten kommen, ohne dass bereits Aufträge definiert werden. Die soziale Distanz zwischen Angebot und Nachfrage kann vielfach von den Klientinnen und Klienten nicht im ersten Schritt überwunden werden. Daher ist es wichtig, dass die Sozialarbeitenden die Ratsuchenden informieren und motivieren und eine Vertrauensbasis schaffen, damit die künftigen Hilfsangebote genutzt werden. Während dieser Vorarbeit darf kein Druck auf die Klientinnen und Klienten ausgeübt werden und es muss akzeptiert werden, dass Angebote abgelehnt werden.

5.6.5 Erbetene Unterstützungsleistungen

Bei dieser Form von Erstgesprächen haben die Klientinnen und Klienten den grössten Entscheidungsfreiraum. Hierbei liegt der auslösende Faktor nicht beim Zwang zur Kontaktaufnahme, sondern in den Lebensumständen der Aufsuchenden. Dennoch ist auch bei freiwilligen Kontakten damit zu rechnen, dass eine Mischung aus Zieh- und Druckfaktoren wirkt in dem Sinne, dass die Klientinnen und Klienten mindestens so einsichtig sind, sie könnten ihre Probleme nicht alleine lösen und daher Hilfe von aussen benötigten. Es ist wahrscheinlich, dass auch diese Personen nicht ganz unbelastet in eine

Besprechung kommen, dennoch überwiegt ihre Hoffnung auf Hilfe. (Kähler, 2009, S. 29–32).

Peter de Jong und Kim Berg (2002) weisen darauf hin, dass in einem ersten Gespräch der Fokus der Beratenden auf diejenigen Themen gelegt werden sollte, an denen die Ratsuchenden auch tatsächlich arbeiten möchten. Diesbezüglich halten sie fest, dass die meisten Ratsuchenden beim Erzählen ihrer Situation die Problemlage und die damit verbundenen Auswirkungen auf ihr Leben in den Vordergrund stellen. Damit stellen sich für die Beratenden bereits in den ersten Gesprächssequenzen Herausforderungen, mit gezielten Fragen oder Anmerkungen die Sichtweise der Ratsuchenden von der Problem- auf die Lösungssicht zu lenken (S. 84–85). Durch die Art, wie eine Person ihre Situation beschreibt, können verschiedene Auftragsmuster erkannt werden. De Jong und Berg betonen an dieser Stelle, dass sie explizit von Beziehungstyp und nicht von KlientInnentyp sprechen. Damit legen sie dar, dass es in der Beratungssituation nicht um eine Kategorisierung der Persönlichkeit der Ratsuchenden geht, sondern um die Beschreibung, wie sich die Beziehung zwischen den Beratenden und den Ratsuchenden gestaltet (S. 87). Die nachfolgende Tabelle wurde dem unveröffentlichten Unterrichtsskript von Daniel Kunz (2013) entnommen und eignet sich sehr gut für die Praxis.

Beziehungstyp bzw. Auftragsmuster	Kundin/Kunde	Klagende/Klagender	Besucherin/Besucher
<p>Merkmale:</p>	<p>KlientIn</p> <ul style="list-style-type: none"> • hat ein Problem bzw. fühlt sich für das Problem oder für Teilbereiche verantwortlich. • kommt in Beratung, weil das Problem gelöst bzw. die Situation geändert werden soll. • sieht sich selber als Teil der Lösungssuche. <p>Diese Art Beziehung besteht oder entwickelt sich, wenn Ratsuchende mit den Beratenden zusammen ein Problem identifiziert und/oder Vorstellungen möglicher Lösungen entwickelt haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wohlformulierte Ziele können erarbeitet werden 	<p>KlientIn</p> <ul style="list-style-type: none"> • hat ein Problem und leidet darunter. Die Klagen beziehen sich auf andere Menschen, die sich ändern sollen. • erwartet, dass die anderen bereit sind, sich im Sinne einer Lösung zu verändern. • sieht BeraterIn als Fachmann bzw. als Fachfrau, an den/die das Problem delegiert werden kann. <p>Von diesem Beziehungstyp kann gesprochen werden, wenn Ratsuchende und Beratende gemeinsam ein Problem benennen können, Ratsuchende darin jedoch noch keinen eigenen Anteil sehen bzw. selbst Veränderungsbereitschaft zeigen.</p>	<p>KlientIn</p> <ul style="list-style-type: none"> • hat kein eigenes Problem bzw. dieses wird (noch) nicht gesehen, (noch) nicht anerkannt. • hat kein eigenes Anliegen. Wenn von Problemen gesprochen wird, so stehen diese nicht in Zusammenhang mit der eigenen Person. • kommt in Beratung, weil er/sie geschickt wurde. <p>Bei dieser Beziehung nimmt der/die KlientIn kein Thema wahr, an dem gemeinsam gearbeitet werden könnte.</p> <p>Beratende und KlientIn können weder eine Klage noch ein Ziel formulieren. KlientIn hat kein eigenes Problem. Wenn von Problem gesprochen wird, betrifft dies etwas anderes.</p>

Beratungshaltung/Beratungsziel:	„Lotse“ oder „Coach“ <ul style="list-style-type: none"> • Genügend Anregungen für Veränderungen bieten • Verschiedene Lösungsmöglichkeiten gedanklich durchspielen, damit Ratsuchende herausfinden, welchen Weg sie beschreiten wollen • Bestätigung geben, gut unterwegs zu sein bzw. allfällige Rückschläge gemeinsam durchstehen 	„Zuhörend“ <ul style="list-style-type: none"> • Sichtweisen anerkennen • Die Wahrnehmung des Problems nicht infrage stellen • Eine Verbindung zwischen dem eigenen Tun und beschriebenen Problem herstellen 	„Gastgebende“ <ul style="list-style-type: none"> • Sichtweisen respektieren • KlientIn für seine/ihre Wahrnehmung verantwortlich machen, ggf. Konsequenzen für Dritte aufzeigen • Herausfinden, was KlientIn von der Beziehung mit der beratenden Person will
Vorgehensweisen:	<ul style="list-style-type: none"> • Neugierig erkunden • Anregen, mehr von dem zu tun, was schon wirkt • Anregen, etwas anderes auszuprobieren • Verhaltensaufgaben können vereinbart werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensbereiche finden, die einen möglichen Einfluss auf das Problem haben • Beobachtungsaufgaben auf der Verhaltensebene stellen und dabei den Fokus auf die Klientin/den Klienten richten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respektvolles Nachfragen, wo und wie kompetent KlientIn ist.

Tabelle 5: Beraterische Auftragsmuster nach De Jong & Kim Berg (2002) (leicht modifiziert nach Kunz, 2013)

5.6.6 Fazit

Wenn man die oben aufgeführten Auftragsmuster auf Beratungssituationen mit Personen mit einer Persönlichkeitsstörung überträgt, kann davon ausgegangen werden, dass die Beratenden in den meisten Fällen mit sogenannten Besuchenden- oder Klagenden-Auftragsmuster konfrontiert werden. Durch die Ich-Syntonie der an einer Persönlichkeit leidenden Personen fällt es diesen schwer, ein Problem in ihrem Teil der Beziehungsgestaltung auszumachen. Oder sie können diesem Teil zwar Raum geben, sind aber der Meinung, dass sich ihre InteraktionspartnerInnen ändern müssten, um die gemeinsame Kommunikation erfolgreich zu gestalten. Wie bereits mehrfach erwähnt, handelt es sich bei Persönlichkeitsstörungen um Beziehungsstörungen. Aus diesem Grund sollte dem Beziehungsaufbau zu Beginn eines Beratungsprozesses grösstmögliche Aufmerksamkeit geschenkt werden. Wenn mit den Klientinnen und Klienten eine vertrauensvolle Basis erarbeitet werden kann, wird damit erst der Problemeinsichtsprozess eingeleitet. Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung wird es erst gelingen, an einer nachhaltigen Veränderung ihrer Beziehungsgestaltung zu arbeiten, wenn sie sich ihres Problems bewusst sind und anschliessend auch an der Problemlösung mitwirken wollen. An diesem Punkt erfolgt erst die eigentliche Auftragsklärung zwischen der Beraterin/dem Berater und der Klientin/dem Klienten. So müssen Sozialarbeitende, welche Menschen mit einem Besucher- oder einem Klagenden-Auftragsmuster beraten, damit rechnen, dass mehrere Gespräche benötigt werden, bis der Auftrag klar definiert ist. Sandra Tiefel und Maren Zeller (2012) betonen in diesem Zusammenhang, dass in der Beratung die Mitbestimmung der Klientel nicht nur

zugesichert, sondern auch eingefordert wird. Erst wenn die Klientel einen Auftrag formulieren kann, das heisst aus ihrer Sicht ein Problem benennen und daran gemeinsam arbeiten will, kommt überhaupt ein Beratungsprozess zustande. Das Zusichern bzw. sogar das Einfordern von eigenen Entscheidungen soll das Gefühl des Ausgeliefertseins verhindern (S. 23).

Im nächsten Abschnitt sollen einige Methoden und Techniken vorgestellt werden, denen sich Sozialarbeitende bedienen, um den Beratungsprozess gelingend zu gestalten.

5.7 Beratungsmethoden und -techniken

5.7.1 Klientenzentrierte Gesprächsführung

Sabine Weinberger (2013) führt als wichtigstes Kennzeichen des klientenzentrierten Ansatzes an, dass dem Klienten [sic!] keine Interpretationen, Ratschläge oder fertige Lösungen angeboten werden. Stattdessen sollen der Auseinandersetzung mit emotionalen Prozessen und dem Finden neuer Wege und Betrachtungsweisen spezielle Beachtung geschenkt werden. Dies dient der Befähigung des Klienten [sic!], mit künftigen Problemen besser fertig zu werden (S. 35). In Anlehnung an das Konzept von Carl Rogers stellt sie in ihren Ausführungen zur klientenzentrierten Gesprächsführung die Variablen empathisches Verstehen, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz in den Vordergrund.

5.7.1.1 Empathisches Verstehen

Empathisches Verstehen bedeutet, dass die Beratenden versuchen, sich auf die gefühlsmässigen Empfindungen des Klientels zu konzentrieren und sie aus deren Sicht zu verstehen. Ihr Verständnis soll danach möglichst präzise der Klientel mitgeteilt werden, damit diese angeregt wird, sich mit den Empfindungen auseinanderzusetzen und dadurch ihre Wünsche und Ziele abzuwägen, zu differenzieren und zu konkretisieren. Ziel dieses Prozesses soll es sein, eine Klärung der inneren und äusseren Konflikte herbeizuführen (ebd., S. 41).

5.7.1.2 Unbedingte Wertschätzung

Gemäss Carl Rogers ist damit gemeint, „eine Person zu schätzen, ungeachtet der verschiedenen Bewertungen, die man selbst ihren verschiedenen Verhaltensweisen gegenüber hat“ (Rogers, 1959; zit. in Weinberger, 2013, S. 59). In diesem Bereich wird von den Beratenden erwartet, dass sie die Klientel akzeptieren, unabhängig davon, was sie sagt oder wie sie sich gerade gibt. Wichtig ist dabei zu beachten, dass die Äusserung der Beratungsperson nichts am Wert der Person der Klientel verändert. Dies wird dadurch erreicht, dass die Person in ihrem „Da-Sein“ bedingungslos akzeptiert wird (ebd., S. 59).

5.7.1.3 Kongruenz

Ein anderer Begriff für Kongruenz lautet Authentizität und meint die Übereinstimmung mit sich selbst. Kongruenz bildet für Rogers eine der wichtigsten Einstellungen, welche entscheidend für einen positiven Verlauf einer Beratung oder Therapie verantwortlich sind. Es geht dabei grundsätzlich darum, dass Beratende ihre eigenen Gefühle, welche im Kontext des Beratungsgesprächs auftauchen, ernst nehmen und sie auch aussprechen. Damit können sie der Versuchung widerstehen, sich hinter einer professionellen Maske zu verstecken (ebd., S. 66).

Wird die beratende Person in ihrer Gesprächsführung grossen Wert auf die o.e. Einstellungen legen, kann dies bei der Klientin/beim Klienten zur sogenannten Selbstexploration führen. Sie oder er wird über ihre/seine gefühlsmässigen Einstellungen, Bewertungen, Wünsche und Ziele sprechen, sich darüber klarer werden oder bemüht sein, diese zu klären. Durch diese Prozesse wird sich auch die Beziehung zwischen der beratenden Person und der Klientin/dem Klienten verändern und es wird grösseres Vertrauen möglich, was sich wiederum auf den Problemlösungsprozess positiv auswirken kann (ebd., S. 69).

Wolfgang Rechten, Jessica Waldhecker, Helmut E. Lück und Gabriela Sewz (2009) verweisen darauf, dass der personenzentrierte Ansatz, als weiterentwickeltes Konzept der klientenzentrierten Gesprächsführung, darin ansetzt, die Personenressourcen zur Veränderung anzugehen. Es wird dabei davon ausgegangen, dass sich der Mensch tendenziell weiterentwickelt, wobei er diesbezüglich auf Beziehungen angewiesen ist. Personenzentrierte Grundhaltungen bieten ein angstfreies Klima, welches zwischenmenschliche Kontakte nachhaltig fördern kann. Dies erfolgt aber nur, wenn das Verständnis für die Person in ihren komplexen Lebensbezügen vorhanden ist (S. 69).

Seithe (2008) greift in diesem Zusammenhang die aus der sozialpädagogischen Beratung stammende Unterscheidung zwischen subjektbezogener und sachbezogener Sozialen Arbeit auf. Sie stellt die Frage, ob sich die klientenzentrierte Beratung auch für die sachbezogene Ebene eignet, welche sich mit sozialen oder materiellen Sachverhalten auseinandersetzt und wenig mit persönlicher Unterstützung und psychisch berührenden Themen wie in der subjektbezogenen Beratung zu tun hat. Sie kommt zum Schluss, dass auch sachliche Fragen und Zusammenhänge besser und einfacher begriffen werden und dass eine grössere Offenheit für neue Informationen oder Alternativen im Handlungsbereich besteht, wenn die Informationen oder Anleitungen in einer akzeptierenden, empathischen Atmosphäre ausgetauscht werden können (S. 52–55). Ihrer Meinung nach ist es ebenso wichtig, bei sachlichen Themen die Aufmerksamkeit für versteckte Botschaften der Klientel zu wahren und diese durch aktives Zuhören zum Sprechen zu motivieren. So sichert klientenzentrierte Beratung die Motiviertheit und fördert die Auseinandersetzung mit den sachlichen Themen der Problemlösung (ebd., S. 57).

5.7.2 Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die klientenzentrierte Beratung sehr gut eignet für den Beratungsprozess bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Mit einer wertschätzenden und empathischen Haltung können Sozialarbeitende bereits in einem ersten Gespräch Grundlagen für eine tragfähige Arbeitsbeziehung legen. Die Ratsuchenden ihrerseits erhalten die Möglichkeit, sich so zu zeigen, wie sie sind. Sie werden akzeptiert und dürfen ihre Gefühle so äussern, wie sie sie selber auch wahrnehmen. Damit wiederum erhalten die Sozialarbeitenden die Möglichkeit, sich auf die verschiedenen Verhaltensmuster einzustellen und zusammen mit den Ratsuchenden passende Problemlösungsvarianten auszuarbeiten.

5.8 Systemisch-lösungsorientierte Beratung

Auf die Methode der systemisch-lösungsorientierten Beratung wird von den Autorinnen ein spezielles Augenmerk geworfen, bildet sie doch die Grundlage in den Beratungsmodulen in der Lehre an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

5.8.1.1 Entwicklungen der systemischen Therapie und Beratung

Arist von Schlippe und Jochen Schweitzer (2012) führen aus, dass der Systembegriff im Laufe der Zeit einigen Wandlungen unterlag und ein System erst dann als System erkannt wird, wenn es von einer Umwelt unterschieden werden kann. Dies führt zur Folgerung, dass ein Beobachter oder eine Beobachterin unabdingbar ist, welcher/ welche entscheidet, was als System und was als Umwelt betrachtet wird. Systeme entstehen dadurch, dass unterschieden wird zwischen Elementen, die „innen“ (im System) und „ausen“ (in der Umwelt) sind. Somit werden also Systeme und der Prozess der Unterscheidung als eng miteinander verknüpft angesehen (S. 90).

Der Begriff Systemtheorie wurde Anfang des 20. Jahrhunderts erstmals in der Biologie verwendet. Die Theorie basierte auf dem Grundgedanken, dass Systeme eine Eigen-gesetzlichkeit entwickeln, welche sich nicht aus der Summe der einzelnen Teile erklären lässt. Die zentrale Frage war die Erhaltung von Gleichgewicht. Dabei ging man davon aus, dass unerwünschte Ist-Zustände durch Zuführung von Information in erwünschte Soll-Zustände gebracht werden können. Diese Forschungen kamen zum Schluss, dass auch komplexe Prozesse plan- und steuerbar seien, sofern die Komplexität realistisch erfasst werden konnte. Der wissenschaftliche Begriff für diesen Ausgleich lautet Homöostase. Dieser Ansatz wurde als Kybernetik 1. Ordnung eingestuft, wobei der Begriff „Kybernetik“ aus der Technik entlehnt ist, also jener Wissenschaft, welche die Regelung und Steuerung von komplexen Systemen beobachtet und beschreibt. Hierbei wird ein Problem als eine Verkettung von Umständen angeschaut und als ein ungewünschter Zustand angesehen. Die systemischen Ansätze bedienten sich nun dieses Begriffs und zwischen 1950 und 1980 wurden für das zwischenmenschliche Zusammenleben Vorstellungen entworfen, wie z.B. ein funktionierendes Familiensystem aussehen könnte. Sie gingen davon aus, dass die einzelnen Familienmitglieder alles tun, um das Gleichgewicht im Familiensystem wieder herzustellen und dieses künftig störungsfrei zu halten. Die Familientherapie leitete daraus dann ihre Interventionen ab, indem sie mit ihren Anstößen von aussen das Familiensystem zu regulieren versuchte.

Kritische Stimmen stellten aber bald die Frage in den Raum, wer denn überhaupt das Recht besitzt, normativ festzulegen, was eine gut funktionierende Familie ist. Dies passte zu den Entdeckungen, welche in verschiedenen anderen Wissenschaften (Biologie, Chemie und Physik) zeitgleich gemacht wurden. Diese zeigten auf, dass Systeme unter gewissen Rahmenbedingungen durchaus die Fähigkeiten besitzen, aus sich heraus, selbstorganisiert, Veränderungen zu entwickeln. Damit erfolgte die Ablösung des Begriffs der Homöostase als zentraler Begriff in der Systemtheorie. Von nun an wurde das Interesse nicht mehr auf das Gleichgewicht in einem System gelegt, sondern es erfolgte die Beobachtung und Festhaltung der Veränderung innerhalb eines Systems. Da die Veränderungen aber nicht planbar sind und sich oft von einem vorerst scheinbar stabilen Zustand in eine überraschende Form hinein entwickeln, wurde dies als Phasenübergang bezeichnet. Diese Sichtweise wird Kybernetik 2. Ordnung genannt und meint damit, dass die Dinge immer geordneter werden, wenn man sie sich selber überlässt.

Gleichzeitig beeinflussten Anfang der 1980er-Jahre die erkenntnistheoretischen Überlegungen zur Autopoiese lebender Systeme die Perspektiven der Systemtheoretiker. Mit Autopoiese ist gemeint, dass sich ein Lebewesen immer wieder neu aus seinen eigenen Bestandteilen heraus erzeugt, ohne dass von aussen Ordnung beigelegt werden muss. Damit wendete sich der Blickpunkt mehr und mehr auf die innere, autonome Selbstorganisationslogik lebender Systeme und ihre operationale Abgeschlossenheit. Die Grenzen externer Einflussnahme werden ersichtlich und die Umwelt wird nicht

mehr als interventionsmächtige Planungsinstanz wahrgenommen. Sie ist Teil des Systems und meint erkenntnistheoretisch, dass Leben eine Form von Erkenntnis ist. Die Welt ist damit ohne unsere Wahrnehmung so, wie sie ist, undenkbar. Die Menschen geben ihren Sinneseindrücken eine Bedeutung, einen Sinn, und zwar alle Menschen, eben auch die Beobachtenden (ebd., S. 91–94).

Einen weiteren bedeutenden Bestandteil der systemischen Therapie bildet die zirkuläre Fragetechnik. Ausgangspunkt dieser Methode ist die Überlegung, dass das gezeigte Verhalten in einem sozialen System als kommunikatives Angebot angesehen werden kann. Verhaltensweisen, Symptome, unterschiedliche emotionale Ausdrucksformen sind nicht nur als im Mensch ablaufende Vorgänge zu betrachten, sondern haben immer auch eine Funktion in den wechselseitigen Beziehungsdefinitionen. Somit wird das Verhalten von Menschen nicht von dem bestimmt, was andere Menschen denken, sondern von dem, was sie denken, was die anderen denken. In der systemischen Beratung wird dem Folge geleistet, indem mithilfe gezielter sogenannter zirkulärer Fragen auf den Veränderungsprozess des Klientels eingewirkt wird (von Schlippe und Schweitzer, 2012, S. 251).

5.8.1.2 Beratungssystem und Klienten-/Klientinnensystem

Übertragen auf die sozialarbeiterische Beratungspraxis heisst dies so viel wie: die Sozialarbeitenden sind in der Beratung Teil des Beratungsprozesses. Sie sind aber nicht Expertinnen und Experten für das Problem, sondern sie sind für das Anstossen und die Ingangsetzung hilfreicher Prozesse zuständig. Die Klientinnen und Klienten ihrerseits sind die Expertinnen und Experten für das Problem. Sie verfügen über Ressourcen, welche im Beratungsprozess zielgerichtet zur Problemlösung eingesetzt werden können. In diesem Sinne zeigt der systemische Ansatz auf, dass ein Beratungsgespräch als ein eigenes System betrachtet werden kann, innerhalb dessen die Sozialarbeitenden das Beratungssystem repräsentieren und die Klientinnen und Klienten das Klientensystem, welche durch die Interaktion innerhalb des Beratungsprozesses die Probleme oder Anliegen der Klientel wesentlich mitgestalten. Sigrid Haselmann (2009) führt dazu aus, dass die Beratenden von Anbeginn zu einem Teil des Problemsystems werden, wenn ein Problem an sie herangetragen wird. Dies geschieht schon einfach dadurch, indem sie mit den Ratsuchenden kommunizieren und beginnen, sich mit dem Problem zu beschäftigen. Ihre Hypothesen, etwa zur Funktion des Problems innerhalb einer Familie oder zur Lösung eines Kommunikationskonfliktes, sind aber nicht beobachterunabhängig oder gar objektiv, sondern repräsentieren die eigenen Konstruktionen. Jeder Berater, jede Beraterin, jeder Therapeut und jede Therapeutin bildet somit zu einer bestimmten Problemlage die eigenen Konstruktionen aufgrund der eigenen Wahrnehmungen (S. 162).

Günter G. Bamberger (2015) verweist auf den Erfinder der lösungsorientierten Beratung, Steve de Shazer, und nennt die vier Systemelemente einer Beratung: den Klienten, das Problem, die Lösung und den Berater. Er fasst danach die Lehrsätze von de Shazer zusammen (S. 17). Als Anmerkung der Autorinnen sei darauf verwiesen, dass er einleitend festhält, aus Gründen der Lesefreundlichkeit nur die männliche Schreibweise verschiedener Personenbezeichnungen zu benutzen, damit aber immer auch das weibliche Pendant meint.

1. **Klienten sind Experten ihres Lebens.** Sie wissen am besten, wie sie ihr Leben bisher erfolgreich gemeistert haben.
2. **Klienten verfügen über vielfältige Ressourcen.** Mit Ressourcen sind Fähigkeiten, Fertigkeiten, Anlagen, Erfahrungen etc. gemeint, mithilfe derer eine erfolgreiche Lebensgestaltung möglich wird.
3. **Probleme sind etwas Normales.** Probleme werden als Übergänge benannt, welche Situationen oder Herausforderungen bezeichnen, die verändert werden möchten oder müssen. In diesem Sinne sind sie als Vorboten von Neuem anzusehen.
4. **Probleme sind nicht die ganze Zeit existent.** Hier erfolgt der Verweis auf Ausnahmen, in denen keine Beeinträchtigung durch Probleme besteht.
5. **Lösung heisst, das, was funktioniert, häufiger zu tun.** Damit erfolgt nochmals der Hinweis auf die Ausnahmen, denn in diesen Situationen scheint das Problem ja nicht aufzutauchen. Gleichzeitig erfolgt daraus der Schluss, wenn etwas nicht funktioniert, etwas anderes zu tun.
6. **Lösung wirkt selbstverstärkend.** Durch das Verstärken von dem, was funktioniert, kann ein sich selbst verstärkender Entwicklungsprozess entstehen und damit kann der Klient Problemlösungen selber erarbeiten.
7. **Berater erweitern die Optionen.** Die Klienten werden dabei unterstützt, ihre eigenen Ressourcen zu erkennen und sie eigenständig zu nutzen.
8. **Berater sind Bewunderer von Autonomie.** Durch eine Haltung von Respekt und Wertschätzung können die Berater die Autonomie der Klienten akzeptieren.

Ziel der lösungsorientierten Beratung ist es, die persönlichen und sozialen Ressourcen von Klienten und Klientinnen sichtbar zu machen und zu aktivieren.

Dabei wird das sogenannte Phasenmodell der lösungsorientierten Beratung angewendet (ebd., S. 82):

Phase 1: Synchronisation: In dieser Phase sollen sich die Beratenden und die Ratsuchenden kennenlernen. Dabei wird auch das Problemverständnis geklärt und ein Lösungsauftrag definiert.

Phase 2: Lösungsvision: Lösungsmöglichkeiten werden sondiert und bewusst gemacht.

Phase 3: Lösungsverschreibung: Die Ressourcen der Ratsuchenden werden identifiziert.

Phase 4: Lösungsbegleitung: Die Lösungsaktivitäten der Ratsuchenden werden von den Beratenden verstärkt.

Phase 5: Lösungsevaluation: In dieser Phase machen die Beratenden die Lösungsannäherung bewusst und helfen gegebenenfalls bei der Erarbeitung weiterer Veränderungsschritte.

Phase 6: Lösungssicherung: In der letzten Phase werden die Ratsuchenden in ihrer Lösungsfindung verstärkt durch die Betonung ihres eigenen Handelns in dem Sinne, dass sie ihr Leben selber gestalten können.

Bamberger (2015) merkt in diesem Zusammenhang an, dass lösungsorientierte Beratung einen zirkulären Prozess darstellt, indem bestimmte Schleifen mehrmals durchlaufen werden können. Dennoch sollte er nicht in konsekutiv-linearer Schrittfolge in derselben Form praktiziert werden. Dem beraterischen Prozess darf eine Eigendynamik überlassen bleiben, die sich aus dem Zusammentreffen von Individuen mit ihren aktuellen Bedürfnissen und Anliegen ergibt. Beratung aus der lösungsorientierten Perspektive betrachtet steht in diesem Sinne für ein offenes Aufeinander-Zugehen und ein vitales Miteinander-Umgehen (S. 83).

5.8.1.3 Fazit

Der systemisch lösungsorientierte Beratungsansatz lässt sich aus Sicht der Autorinnen gut in der Beratung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen anwenden. Die im bisherigen Lebensverlauf gebildeten Verhaltensschemata von Personen mit einer Persönlichkeitsstörung hindern diese daran, im Sinne einer normalen Bedürfnisbefriedigung adäquat auf Interaktionspartner/-partnerinnen zu reagieren oder lösen bei ihrem Gegenüber irritierende Reaktionen aus. Diese Verhaltensweisen werden zudem durch die Ich-Syntonie noch verstärkt. Nach erfolgtem Beziehungsaufbau im Beratungsprozess gilt es als nächsten Schritt, die Problemeinsicht und das Problemverständnis beim Klienten oder bei der Klientin herauszuarbeiten. Wie bereits mehrfach erwähnt, sind Persönlichkeitsstörungen Beziehungsstörungen. Beziehungen bilden die Basis für eine erfolgreiche Kommunikation und Interaktion mit anderen Menschen und dienen unter anderem der Bedürfnisbefriedigung. Hier kann die Sozialarbeit mit ihren Beratungsmethoden Personen mit Problemen in der Bewältigung ihres Lebensalltags befähigen, ihr Leben befriedigend zu gestalten. Die betroffenen Personen sind in ihrem Lebensalltag in verschiedene Systeme eingebunden (Familie, Freunde, Arbeit etc.) und befinden sich daher in einem andauernden Interaktionsprozess. Hier kann der systemisch-lösungsorientierte Ansatz einhaken und mit gezielten systemischen Fragen die Sichtweise auf das ganze System der betroffenen Person lenken. Damit erfolgt im eigentlichen Sinne ein Herauslösen aus der Ich-Syntonie, indem aufgezeigt wird, was das Verhalten der betroffenen Person in ihrer Interaktion auslöst. Darauf aufbauend können dann Verhaltensänderungen aufgezeigt und neue Verhaltensstrategien geübt werden.

Die Autorinnen betonen an dieser Stelle, dass für die Anwendung der systemisch-lösungsorientierten Beratung sehr viel Zeitressourcen notwendig sind. Es ist davon auszugehen, dass die Sensibilisierung auf die Problemeinsicht bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen nicht von Anfang an gelingen wird. Dem Beziehungsaufbau zu Beginn einer Beratung ist höchste Priorität einzuräumen. Zudem werden die Betroffenen versuchen, mit den Beratenden auf der Spielebene zu kommunizieren. Diesbezüglich ist eine fundierte Methoden- und Selbstreflexionskompetenz der Sozialarbeitenden unabdingbar. Befinden sich die betroffenen Personen parallel in einer psychotherapeutischen Behandlung, ist ein regelmässiger Austausch unter den Fachpersonen sehr förderlich für einen gelingenden Problembewältigungsprozess.

5.8.2 Motivorientierte Gesprächsführung

5.8.2.1 Konsistenztheorie bzw. Bedürfnistheorie

Das Erleben und Verhalten eines Menschen wird von seinen motivationalen Schemata bestimmt. Die motivationalen Schemata bezeichnet Klaus Grawe (2004) als die Mittel, die ein Mensch im Laufe seines Lebens entwickelt, um seine Grundbedürfnisse zu befriedigen und diese vor Verletzungen zu schützen. In diesem Zusammenhang gibt es annähernde und vermeidende motivationale Schemata. Wenn ein Mensch in einem familiären Umfeld aufwächst, in dem die Bedürfnisse befriedigt werden, wird er hauptsächlich annähernde Schemata entwickeln und positive Erfahrungen mit deren Befriedigung machen. Wächst er aber in einer Umgebung auf, in welcher seine Grundbedürfnisse nicht befriedigt oder sogar verletzt werden, wird er vorwiegend vermeidende Schemata entwickeln. Im Verlaufe der Interaktionen des Individuums entstehen dauernd Wahrnehmungen darüber, wie die aktivierten motivationalen Ziele erreicht oder verfehlt werden. Diese Rückmeldungen werden als Inkongruenzsignale bezeichnet. Wird ein Ziel erreicht, erlebt man positive Emotionen, wird ein Ziel verfehlt bzw. entsteht Inkongruenz, geht dieser Vorgang mit negativen Emotionen einher (S. 188–189).

Grawe (2004) führt die vier von Seymour Epstein benannten Grundbedürfnisse des Menschen auf. Es handelt sich hierbei um:

- das Bedürfnis nach Orientierung, Kontrolle und Kohärenz,
- das Bedürfnis nach Lust,
- das Bedürfnis nach Bindung,
- das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung.

Geht man nun davon aus, dass Grundbedürfnisse Erfordernisse für die menschliche Existenz sind, dann könnte auch das „Streben nach Konsistenz“ als menschliches Grundbedürfnis bezeichnet werden. Grawe zieht es aber vor, Konsistenz als Grundprinzip des psychischen Funktionierens zu benennen. Konsistenzregulation kann seines Erachtens nicht von der zielorientierten Aktivität des Organismus betrachtet werden, sondern richtet sich auf die Befriedigung der Grundbedürfnisse aus. Deshalb hängen Konsistenzregulation und Bedürfnisbefriedigung eng zusammen. Ihr Bindeglied ist die Kongruenz, also die Übereinstimmung zwischen aktuellen motivationalen Zielen und realen Wahrnehmungen (S. 185–187).

In der nachfolgenden Abbildung, welche von den Autorinnen leicht vereinfacht wurde, werden die Zusammenhänge bildlich dargestellt.

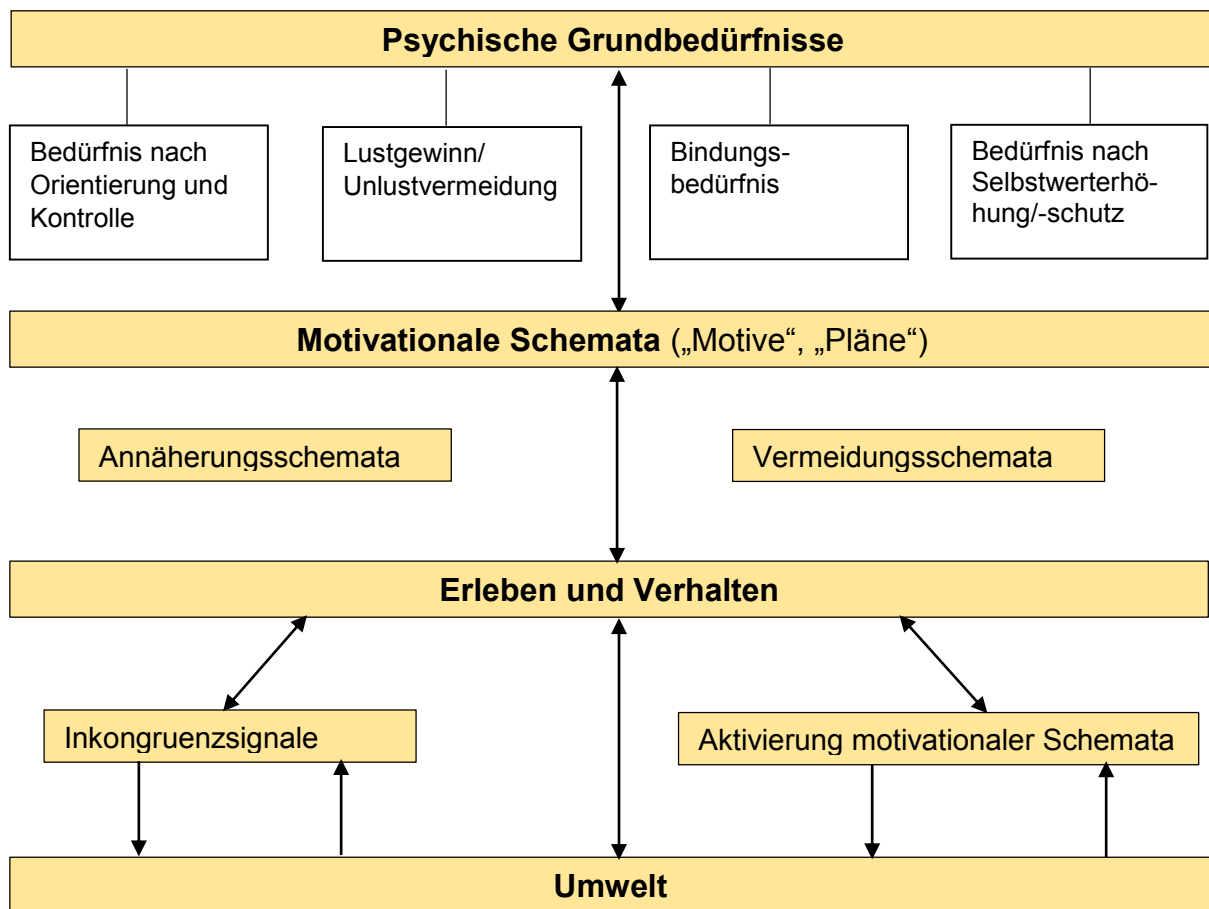


Abbildung 7 Das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens (eigene Darstellung auf der Basis von Grawe, 2004, S. 189)

Überwiegt die Vermeidung der Annäherung, entstehen Inkongruenzsignale bezüglich der unerfüllten Annäherungsziele. Sie können aber auch gleichzeitig aktiviert werden und sich gegenseitig hemmen. So kommt es zu einem motivationalen Konflikt und zu Inkongruenzsignalen bezüglich beider. Dementsprechend kann festgehalten werden, dass motivationale Konflikte zu Inkongruenz führen (Grawe, 2004, S. 189).

Annäherungs- und Vermeidungsziele sind als unterschiedliche Zieltypen zu bewerten. Bei Annäherungszielen geht es darum, ein Missverhältnis zu einem positiv bewerteten Ziel zu verringern, während Vermeidungsziele die Widersprüchlichkeit zu einem negativ bewerteten Ziel zu maximieren versuchen. Vermeidungsziele binden Aufmerksamkeit und sind von ängstlicher Anspannung begleitet. Diese Aufmerksamkeit fehlt dann für die Bewältigung positiver Anforderungen. Somit ermöglichen Vermeidungsziele keine effiziente Zielverfolgung und keine Zielerreichung. Es gibt eine natürliche Tendenz, Unangenehmes zu vermeiden, die jeder Mensch hat und die einen wichtigen Schutzmechanismus darstellt. Wird das Vermeiden aber zu einem dauernden Ziel, das bestimmt, wie man die Umgebung wahrnimmt und bewertet und wie man auf sie reagiert, sind nur wenig positive Erlebnisse möglich. Die Vermeidungsaktivität steht zudem der Realisierung von Annäherungszielen im Wege.

Daraus lässt sich folgern, dass die Bedürfnisbefriedigung schlechter ausfällt, was wiederum zu einem schlechteren Wohlbefinden und einer schlechteren psychischen Gesundheit führt (ebd., S. 277–279).

5.8.2.2 Motivorientierte Beziehungsgestaltung

Franz Caspar (2008) führt aus, dass die motivorientierte Beziehungsgestaltung ursprünglich dem Konzept der „komplementären Beziehungsgestaltung“ entsprang und modifiziert wurde. Die motivorientierte Beziehungsgestaltung ist eng mit der Plananalyse verbunden, welche den Zweck verfolgt, die Beziehungsgestaltung zu verbessern. Es handelt sich hierbei um ein Konzept, welche den Therapierenden die Möglichkeit verschafft, sich ein besseres Verständnis der Patientinnen und Patienten anzueignen und mit einer Plananalyse ein individuelles Fallkonzept als Grundlage für die Therapieplanung zu erarbeiten. Dazu wird eine Mittel-Zweck-Perspektive eingenommen. So wird z.B. gefragt: „Welchem Zweck dient ein bestimmtes Verhalten?“ oder „Welche Mittel werden für einen bestimmten Zweck eingesetzt?“ Dabei wird eine konstruktivistische Perspektive eingenommen. Geht der Beobachter oder die Beobachterin davon aus, dass der Patient, die Patientin einen Plan hat, so bleibt dies eine Konstruktion des Beobachters oder der Beobachterin. Der Patient oder die Patientin scheint sich so zu verhalten oder so zu erleben, als hätte er oder sie einen Plan. Die konstruktivistische Haltung ist eine wichtige Grundlage für eine kritische Haltung und ihr kommt eine grosse Wichtigkeit in der Selbstreflexion zu.

Primäres Ziel plananalytischer Fallkonzeptionen ist, dass die Therapeutinnen und Therapeuten Klarheit über das Funktionieren ihrer Patientinnen und Patienten gewinnen. Bei der Plananalyse werden die einzelnen Planstufen in Hierarchien eingeteilt, wobei die oberste Hierarchie den menschlichen Grundbedürfnissen entspricht. Die Stufen werden dann im therapeutischen Setting aufwärts gerichtet aufgearbeitet (S. 529–548). Die hier dargestellten Ausführungen können auf die psychosoziale Beratung übertragen werden, wobei es hierbei nicht nur um die primäre Verhaltensänderung im Sinne einer problematischen psychischen Einschränkung geht, sondern auch um die Erarbeitung der Verhaltensänderung auf der Interaktionsebene im alltäglichen Lebensverlauf.

Der motivorientierten Beziehungsgestaltung liegen noch andere Konzepte zugrunde, beispielsweise die Bedeutung nonverbalen Verhaltens, auf die nicht eingegangen wird, da sie den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden.

Bei der motivorientierten Beziehungsgestaltung geht es nun darum, die Motive des Klienten, der Klientin zu ergründen und herauszufinden, welche Grundbedürfnisse er oder sie mit seinem Verhalten befriedigt haben möchte. Es geht danach aber nicht primär um die Befriedigung des Grundbedürfnisses, sondern um die Erarbeitung eines Bewusstseins dafür und die Erarbeitung neuer Verhaltenspläne, welche die Befriedigung der Grundbedürfnisse ohne die Manipulation der Interaktionsperson herbeiführen.

Zur besseren Verständlichkeit sei hier ein Beispiel einer Person mit einer dependenten Persönlichkeitsstörung aufgeführt:

Die Person stimmt der Sozialarbeiterin oder dem Sozialarbeiter immer sofort zu und ist unfähig, eigene Entscheidungen zu treffen. Sie erwähnt, dass sie dauernd Angst hat, verlassen zu werden. Es muss davon ausgegangen werden, dass sie in ihrer Kindheit keine verlässlichen Beziehungen im unmittelbaren sozialen Netz erfahren durfte. Ihr Beziehungsmotiv weist nun auf ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Bindung hin. Ihr Wunsch nach lang anhaltenden und verlässlichen Beziehungen ist ausgeprägt. Sie entwickelte dementsprechende Schemata wie „Schau, dass du nicht verlassen wirst!“ oder „Mache klar, wie schwach du bist!“. Sie wird sich auf der sogenannten Spielebene in Beziehungen eher unterwürfig verhalten, sich sehr helfend und unterstützend einsetzen. Wichtig in dieser Situation wird es sein, dass die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter sich als verlässlich erweist und die Termine und die getroffenen Vereinbarungen einhält. Mit diesem Verhalten werden die negativ erlebten Beziehungsmuster der Person durchbrochen und sie kann neue positive Erfahrungen machen. Gleichzeitig wird die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter keine Entscheidungen für die Person treffen, sondern so lange mit ihr arbeiten, bis diese eigene Entscheidungen treffen kann. Damit wird die Spielebene durchbrochen und die Person lernt, neue Verhaltensmuster zu erlernen und zu üben. Die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter kann nun durch die positiv bewertende Unterstützung der selbstständig getroffenen Entscheidungen die Verfestigung der neuen Verhaltensmuster noch fördern.

5.8.2.3 Fazit

Gerade in der Beratungsarbeit mit Personen mit einer Persönlichkeitsstörung erweist sich die motivorientierte Beziehungsgestaltung als eine gute Methode, stellt aber gleichzeitig eine grosse Herausforderung an die Fachpersonen dar. Da sich die Verhaltensmuster bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung über Jahre entwickeln konnten und in den Interaktionsprozessen zur Beeinträchtigung positiver Erlebnisse führten, kommt auch hier dem Vertrauensaufbau eine primäre und zentrale Aufgabe zu. Es ist nicht immer einfach, die Motive eines Klienten oder einer Klientin sofort zu erkennen, kann es doch vorkommen, dass situative emotionale Belastungen eine konstruktive Gesprächsführung verunmöglichen. An dieser Stelle ist es wichtig, dass die Fachperson das Gespräch unterbricht und die Situation nicht negativ bewertet. Der Beachtung der Spielebene und der Motive ist höchste Priorität einzuräumen. Dementsprechend sei an dieser Stelle vermerkt, dass die Fachpersonen über gut entwickelte Selbst-, Sozial-, Methoden- und Fachkompetenz verfügen müssen.

6 Ethische Überlegungen

6.1 Ethik und Moral: eine Begriffsabgrenzung

Für Peter Eisenmann (2012) ist Ethik als wissenschaftliche Disziplin zu verstehen, welche sich mit dem menschlichen Handeln auseinandersetzt. Er betont, dass die Ethik sich aber nicht als Handlungstheorie verstanden haben will. In erster Linie geht es in der Ethik um Handlungen, welche unter moralischen Gesichtspunkten zu betrachten sind und somit einen Anspruch auf Moralität (Sittlichkeit) haben. Der Begriff „Ehtik“ leitet sich aus dem griechischen *ethos* ab und meint sowohl Sitte als auch Brauch, aber auch den Ort, an dem man zu Hause ist. Dazu werden auch die Gewohnheiten, Gepflogenheiten und Denkweisen gezählt, welche in diesem häuslichen Bereich angetroffen werden. Zudem gehört der Charakter dazu, mit welchem man ausdrückt, dass man so handelt, wie man es durch Erziehung und Herkunft gelernt hat und für richtig hält (S. 40).

Ruth Grossmass und Gudrun Perko (2011) weisen darauf hin, dass Ethik seit Aristoteles (384–323 v.Chr.) eine eigenständige Disziplin ist. Ethik gilt als praktische Philosophie bzw. als Wissenschaft moralischen, also sittlichen Handelns. Bereits in der griechischen Antike zeigten sich soziale Ungleichheit, Diskriminierung, Gewalt etc. als Ausdruck menschlichen Verhaltens und erforderten ethische Konzeptionen. Ethik ist aber kein Synonym für Moral. Sie ist eine Wissenschaft der moralischen Praxis, deren Aufgabe es ist, über Moral (Sitte) und Moralität (Sittlichkeit) zu sprechen und Vorschläge zu moralischem Handeln auszuarbeiten (S. 19–20).

Angelika Frost (2012) definiert Ethik als eine philosophische Disziplin, welche sich mit der Entstehung, Veränderung und Wirkung der Moral befasst. Ethik sucht nach Begründungen für Kriterien, wonach gutes oder schlechtes Handeln bewertet werden kann (S. 9). Unter Moral versteht sie die Gesamtheit der sittlichen Normen, Werte und Grundsätze, die die Interaktionen einer Gesellschaft regulieren und von den meisten Mitgliedern als verbindlich akzeptiert werden (ebd., S. 10).

Für Wolfgang Huber (2013) bezieht sich die heutige Verwendung des Begriffs Moral auf die Anerkennung der sittlichen Regeln und Normen, die von Einzelnen, Gruppen oder Gesellschaften anerkannt werden. Häufig werden die Begriffe Moral und Ethik in austauschbarer Weise verwendet. Es kann auch vorkommen, dass sie zwei grundlegenden Dimensionen zugeordnet werden, welche sich mit der Frage nach verantwortbarem menschlichem Verhalten auseinandersetzen. Diese Dimensionen werden dann *richtig* und *gut* genannt. Dabei geht es darum, was als richtig im Zusammenleben mit anderen Menschen betrachtet wird. Es geht also um das gelingende Leben aller. Gleichzeitig wird aber auch der Aspekt des Einzelnen betrachtet. Wie kann ich als Mensch mein eigenes Leben gelingend oder eben gut gestalten? Bei der Schlussfolgerung daraus ergibt sich in der Bewertung als falsch, was eben nicht als richtig betrachtet wird, und als schlecht, was in der eigenen Lebensgestaltung als nicht gut erfahren wird (S. 16–17).

6.2 Werte und Normen

Gunzelin Schmid Noerr (2012) führt aus, dass moralische Werte theoretisch rekonstruierbare Hintergrundvorstellungen darüber sind, was für einen Menschen zu einem gelingenden Leben gehört oder woran eine Gesellschaft als vernünftig eingerichtet bewertet wird. Demgegenüber sind Normen handlungsleitende Anweisungen, die dazu dienen, Werte zu realisieren oder durchzusetzen oder gegenüber anderen Zielsetzungen zu schützen.

Werte sind attraktiv, insofern sie die allgemeine Richtung und das Ziel einer Handlung bestimmen. Normen hingegen können entweder leitend sein, indem sie als Gebote ein Handeln fördern, andererseits sind sie restriktiv, indem sie als Verbote Handeln ausschliessen (S. 37).

6.3 Die Menschenrechte

Die Basis allen sozialarbeiterischen Handelns bildet die von den Vereinten Nationen am 10. Dezember 1948 verabschiedete Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, in welcher festgehalten ist, dass alle Menschen frei und gleich an Würde und Rechten geboren sind (Art. 1). Zudem sollen keine Unterschiede gemacht werden wie etwa nach Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Überzeugung, nationaler oder sozialer Herkunft, nach Eigentum, Geburt oder sonstigen Umständen (Art. 2).

Die Umsetzung der Menschenrechte, also auch welche normative Geltung ihnen zubilligt wird, hängt von der Gesetzgebung jedes einzelnen Staates ab. Förderung, Festigung und Entwicklung der Menschenrechte ist ein andauernder Prozess, der von vielen international tätigen Nichtregierungsorganisationen mitgetragen wird (Johanna Gnos, 2006, S. 16).

6.4 Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz

AvenirSocial (2010) hat mit der Erarbeitung des Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz ein Werk geschaffen, in welchem die Grundlagen des moralisch beruflichen Handelns der Professionellen der Sozialen Arbeit festgehalten sind und diesen zur ethischen Begründung ihrer Arbeit mit Klientinnen und Klienten dient (Art. 1, Abs. 1–2). Zudem soll er den Fachkräften ermöglichen, eine professionsethisch begründete Berufshaltung zu entwickeln und aus diesem Blickwinkel Stellungnahmen zu fördern (Art. 1, Abs. 3). In ihm werden die Ziele und Verpflichtungen der Sozialen Arbeit (Art. 5) und auch mögliche Dimensionen und Dilemmata (Art. 6) definiert. Des Weiteren erfolgt die Darlegung der Grundwerte der Sozialen Arbeit (Art. 7–9) und die Handlungsprinzipien der Sozialen Arbeit werden aufgezeigt (Art. 10–16).

Diesem Werk liegt die Definition Sozialer Arbeit der International Federation of Social Workers and International Association of Schools of Social Work zugrunde.

Welche Relevanz hat nun die Ethik für die Soziale Arbeit?

Gemäss Lob-Hüdepohl (2007) kommt es im Berufsalltag von Sozialarbeitenden oft zu moralisch verzwickten Situationen, in welchen moralische Prinzipien und normative Grundsätze in Konflikt geraten. Damit ist seiner Meinung nach die Aufgabe einer Ethik Sozialer Arbeit kurz und knapp skizziert: Sie ist die kritisch-konstruktive Reflexion moralischer Dimensionen und normativer Grundlagen beruflicher Sozialer Arbeit. Er führt weiter aus:

Ethik ist die Reflexion der Moral, wobei Moral das Gesamt an moralischen Vorstellungen und Normen, an Zielvorstellungen und Zielorientierungen, an Deutungsmustern und Hintergrundgewissheiten usw. ist, die für die Akteure der (beruflichen) Alltagswelt *handlungsleitend* sind. ... Andererseits geht eine reflexive Ethik von den vorfindlichen moralischen Überzeugungen und Orientierungen der handelnden Akteure aus und entwirft ihre Normvorschläge nicht abseits des (beruflichen) Alltags, sondern in Auseinandersetzung mit dessen Problemlagen und konkreten Erfordernissen. (Berufs-)Ethik ist also eine induktive Reflexion in Anwendung und keine deduktive Anwendung allgemeiner ethischer Prinzipien (S. 117).

Für Schmocker (2011) orientieren sich alle Handlungsmaximen in der Sozialen Arbeit am Berufsethos einerseits und am Gegenstandsbereich andererseits. Er verweist des Weiteren darauf, dass die Berufsethik Sozialer Arbeit keine Gesinnungsethik, sondern vielmehr eine besondere Form der Verantwortungsethik ist. Sie ist eine Ethik, die zwar bestimmten Werten verpflichtet ist, aber nicht den Normen um der Normen willen. Sie verlangt von den Professionellen der Sozialen Arbeit, dass sie die Konsequenzen ihres Handelns reflektieren, inklusive der nicht beabsichtigten Nebenfolgen (S. 11).

Grossmass (2015) ortet die Hauptpunkte für die Diskussion der moralischen Dimension der Sozialen Arbeit in den oft genannten Begriffen wie Solidarität, Gerechtigkeit, Würde oder Selbstbestimmung. Ihrer Meinung nach reicht auch ein intensiver Austausch über die Begrifflichkeiten nicht aus. Ethische Konzepte können hier für die Auseinandersetzung hilfreich sein, damit auch unterschiedliche Positionen eingenommen werden, um das (berufliche) Handeln moralisch zu begründen. Dies wird speziell im institutionellen Rahmen des professionellen Handelns benötigt, werden professionelle Sichtweisen zunehmend von politischen Argumentationen überstimmt:

Für die ethische Reflexion sozialarbeiterischen Handelns bedeutet dies: Immer da, wo das fachlich und moralisch angemessene (richtige und gute) professionelle Handeln durch sozialrechtliche Bestimmungen nicht befördert, sondern untergraben wird, überall dort, wo Trägerinteressen zu gravierenden berufsethischen Konflikten führen, immer dann wenn Ressourcenknappheit die Entscheidung Helfen/Nicht-Helfen obsolet macht – in all diesen Fällen berührt das professionelle Handeln die politische Dimension und die ethische Reflexion geht in die politische über (S. 222–224).

6.5 Ethische Überlegungen zum Umgang mit Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung auf der Basis des Berufskodex

Basierend auf dem Berufskodex geht es primär darum, die Menschen zu ermächtigen, zu befreien und ihr Wohlbefinden anzuheben (Art. 7, Abs. 1). Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung sind in der Bewältigung ihres Alltags eingeschränkt und benötigen von den Professionellen dort Hilfe, wo es darum geht, ihre Lebensqualität zu verbessern und die Teilhabe innerhalb der Gesellschaft zu gewährleisten (Art. 7, Abs. 4–8). In diesem Sinne kann von einer mehrdimensionalen Aufgabe der Sozialarbeitenden gesprochen werden, indem ihnen die Aufgabe zukommt, die Menschen sowohl auf der Mikro-, der Meso- als auch der Makroebene unterstützend zu begleiten. Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung zeigen in ihrem Verhalten Auffälligkeiten, welche ihnen verunmöglichen, entsprechend der geltenden gesellschaftlichen Normen und Werte ein gelingendes selbstbestimmtes Leben zu führen. Die Sozialarbeitenden sind gefordert, diese Menschen zu informieren und zu motivieren (Art. 10, Abs. 2). Wichtig scheint den Autorinnen, dass die Professionellen ihrem Klientel gegenüber auch die Grenzen ihrer Machbarkeit aufzeigen und andere Fachpersonen in den Lösungsprozess einbeziehen. Hier erfolgt der Verweis zum Einbezug z.B. von psychiatrischem Fachpersonal, wenn es der Beratungsprozess erfordert (Art. 10, Abs. 4). Im gleichen Absatz wird sogar explizit von den Professionellen gefordert, ihr Handeln nach theoretischen, methodischen und ethischen Kriterien ihres Berufes zu richten, auch wenn dieses im Widerspruch zu Autoritäten steht, von denen sie selber abhängig sind. Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung ecken an und ihr Verhalten kann oftmals von Aussenstehenden nicht eingeordnet werden.

Umso mehr sollen sich Sozialarbeitende hier durch wissenschaftlich fundierte Begründungen bemühen, Verständnis und Klarheit zu schaffen, um so den betroffenen Personen die nötigen Ressourcen erschliessen zu können und sie auf ihrem Weg zu begleiten. In diesem Bereich können sogar innerhalb der Profession unterschiedliche Auffassungen oder Ansichten möglich sein. Der Berufskodex legt diesbezüglich ebenfalls fest, dass sich die Professionellen fachlich und kollegial austauschen, Forschungsergebnisse in ihre Überlegungen einbeziehen und sich mit Fehlern oder abweichenden Meinungen kritisch auseinandersetzen (Art. 15, Abs. 1–3).

Einen weiteren wichtigen Aspekt sehen die Autorinnen im Umgang mit dem Machtgefälle. In der Beratungssituation sind Sozialarbeitende mit einer asymmetrischen Beziehung konfrontiert. Sie sind aufgefordert, diesem Umstand Rechnung zu tragen und verantwortungsvoll und sorgfältig mit ihrer Positionsmacht umzugehen (Art. 11, Abs. 3).

Trotz allem Verständnis und aller Wertschätzung für Menschen, welche Hilfe benötigen, müssen Professionelle auch die Pflichten ihrer Klientel einfordern (Art. 12, Abs. 2). Dies heisst konkret im Beratungsprozess mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, dass die Sozialarbeitenden diesen Personen die Auswirkungen ihres Verhaltens aufzeigen und mit ihnen Verhaltensänderungen erarbeiten, damit diese ihren Pflichten nachkommen können.

6.6 Fazit

Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung zeigen durch ihre Ich-Syntonie auffällige Verhaltensmuster, welche nicht den gängigen Normen und Werten entsprechen. In der Beratungspraxis sind die Sozialarbeitenden speziell gefordert, nach ethischen Grundlagen den ratsuchenden Personen wertefrei zu begegnen und sie als eigenständige und selbstbestimmende Individuen zu betrachten. Ethische Überlegungen sollen aber nicht nur in Bezug auf die Beziehung mit dem Klientel gemacht werden. Professionelle sind gefordert, sich mit ihrem eigenen Werte- und Normenverständnis auseinanderzusetzen und sich im Konfliktfall selber Hilfe zu holen in Form eines kollegialen Fachgesprächs oder einer Supervision.

Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz ermöglicht hierbei den Professionellen, auf ein Standardwerk zurückzugreifen, um ihr Handeln ethisch gegenüber den Klientinnen und Klienten, den Berufskolleginnen und -kollegen und gegenüber den gesellschaftlichen Institutionen zu begründen.

Die Autorinnen gelangen zum Schluss, dass Sozialarbeitende jeden Tag gefordert sind, ihre Arbeit ethisch zu überprüfen und in diesem Sinne wirklich professionell zu handeln.

7 Handlungstheorien und Modelle

Die Soziale Arbeit ist auf Theorien und Modelle angewiesen. Dies, um das eigene Tun wie auch das Tun des Klientels zu beschreiben, zu erklären und um Regeln für problemlösendes Handeln aufzustellen. Kunz (2010) betont, dass ein methodisches Vorgehen eine Kernkompetenz des professionellen Handelns darstellt. Demzufolge ist methodisches Vorgehen bewusstes, planmässiges und gezieltes Handeln im Hinblick zur Lösung einer Aufgabe.

Nach Werner Obrecht (1996) können verschiedene Typen von Handlungstheorien unterschieden werden. Es sind dies die allgemeinen Handlungstheorien, unter welche die allgemein beschreibenden und erklärenden und die allgemein normativen Handlungstheorien fallen, und die speziellen Handlungstheorien. Unter diese Kategorie fallen die speziellen beschreibenden und erklärenden und die speziellen normativen Handlungstheorien, die überwiegend professionsspezifisch sind. Unter diesen Bereich fallen die Arbeitsweisen und Methoden der Sozialen Arbeit (S. 5).

Von Staub-Bernasconi (2007) wird dies noch ergänzt, indem sie betont, welche grosse Rolle das Alltagswissen, die Kreativität und die Intuition spielen, nebst Empathie und der Perspektivenübernahme der Professionellen mit ihren Klienten und Adressatinnen (S. 204).

Wolfgang Preis (2001) schreibt etwas provokativ, dass professionelle Soziale Arbeit ohne eine theoretische Fundierung genauso wenig vorstellbar ist wie eine Sozialarbeit ohne jeden Praxisbezug. Weiter führt er an, dass Theorien als Wegweiser Erklärungsmodelle liefern zur Interpretation sozialer Wirklichkeit und schlussendlich auch als Legitimationsgrundlage für professionelles Handeln (S. 8–12).

Ruth Brack (1997) betont den Theorie-Praxis-Transfer, in welchem die eigentliche Kunst der Professionellen liegen sollte. Das professionelle Handeln sollte sich von Alltagshandeln durch theoretisches Wissen unterscheiden. Daraus ergeben sich eigene Handlungstechniken, die anderen Professionen gegenüber begründet werden können (S. 642–645).

Brigitta Michel-Schwartz (2002) betont, dass Sozialarbeitende gerade in der Fallarbeit Deutungs- und Handlungswissen benötigen. Es dient der Orientierung für die Arbeit, die schlussendlich zur Lösung von sozialen Problemen beitragen soll (S. 11).

Maria Solér, Daniel Kunz, Urban Brühwiler und Beat Schmocker (2009) betonen in ihren Ausführungen, dass in allen Human- und Sozialwissenschaften das menschliche Handeln von Bewertungsprozessen und Erwartungszusammenhängen beeinflusst wird und dadurch das aktuelle Handeln verändert wird. Dies meint auch, dass alle Menschen auf andere angewiesen sind, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen und mit anderen zu interagieren (S. 4).

Um die Fragen zu verbinden, was jemand tut und warum jemand etwas tut, braucht es gemäss Bernd Birgmeier (2014) die Verbindung von Handlungsbeschreibungen, also der Frage nach dem Was, und Handlungserklärungen, also der Frage nach dem Warum (S. 58).

Staub-Bernasconi (2007) führt dies aus mit den mentalen Operationen, die im Verlauf eines zu lösenden sozialen Problems auftreten. Es sind dies beschreiben, erklären, prognostizieren, bewerten, Ziele setzen, planen und handeln. Es sind dies auch Beschreibungswissen, Erklärungswissen, Bewertungswissen und Handlungswissen. Zu den kognitiven Schlüsselkompetenzen der Profession der Sozialen Arbeit gehört der Umgang mit diesen Fragen (S. 205).

Solér et al. (2009) stellt die Denkfigur der allgemeinen normativen Handlungstheorie als Problemlösungsmodell dar (S. 21).

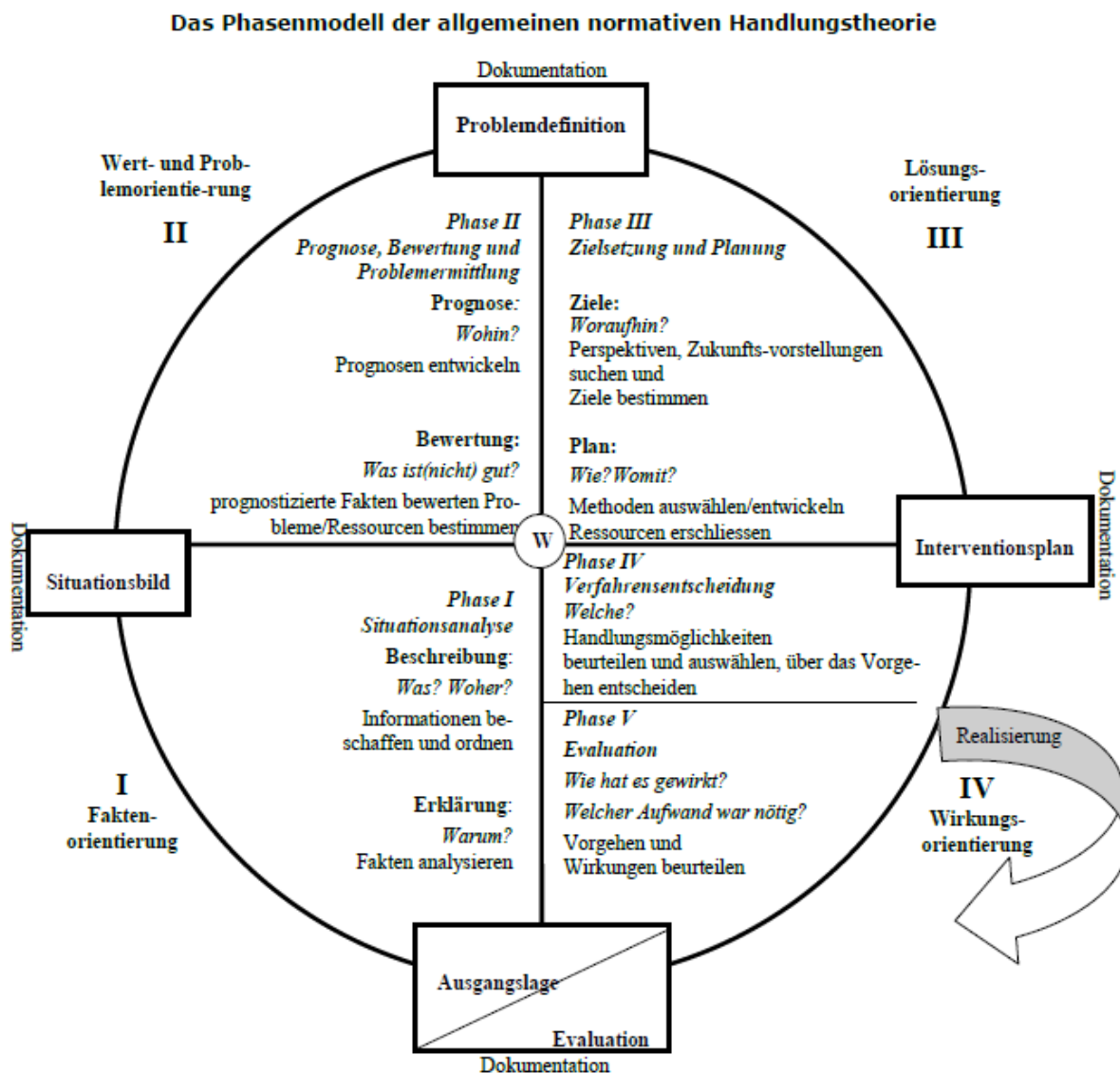


Abbildung 8: Das Phasenmodell der allgemeinen normativen Handlungstheorie (Solér et al., 2009, S. 21)

Die anschließende Fallbearbeitung soll nach diesem Modell zur Anwendung kommen. Dafür werden zuerst die einzelnen Schritte kurz dargelegt.

In einem ersten Schritt widmen sich die Autorinnen der Faktenorientierung, um ein möglichst vollständiges Situationsbild zu erhalten. Gemäss Solér et al. (2009) setzt sich dies aus zwei Denkschritten zusammen: aus dem Beschreiben und dem Erklären.

Eine umfassende Beschreibung der Lebenssituation der Adressaten und Adressatinnen wird diesbezüglich vorausgesetzt, gefolgt von einer detaillierten Anamnese der sozialen Einbindung und der sozioökonomischen Umwelt. Diese Situationsanalyse beginnt immer mit der Beschreibung der relevanten Akteure, ihren Beziehungen und ihrer Inklusion in die Umwelt. Gelingt diese Beschreibung umfassend, so erhalten wir ein mehrdimensionales und dynamisches Bild einer sozialen Situation (S. 22–23).

In einem weiteren Schritt gehen die Autorinnen der Frage nach, warum es zu der beschriebenen Situation gekommen ist. Gemäss Solér et al. (2009) wird der Fokus auf diejenigen Fakten gerichtet, die von den Professionellen, vom Klientel oder von Dritten als problematisch angesehen werden. In Form von Erklärungshypothesen soll eine Verknüpfung mit der Situationsbeschreibung erfolgen, die das Zusammenspiel und die Aufrechterhaltung der Situation plausibel erklärt (S. 24). Staub-Bernasconi (2007) merkt an, dass der Frage nach den problematischen Folgen nachgegangen wird und welches disziplinäre Bezugswissen beigezogen werden kann (S. 204). In einem weiteren Schritt gehen die Autorinnen der Frage nach dem Wohin nach. Antworten darauf generieren sich gemäss Solér et al. (2009) daraus, wie sich die Situation ohne Intervention entwickeln würde. Es handelt sich somit um eine Projektion der Warum-Frage in die Zukunft (S. 31). Staub-Bernasconi (2007) ergänzt dies als zukünftig erwünschte Sachverhalte und damit Werturteile. Diese können durch Zielsetzungen des Klientels oder der Professionellen erreicht werden (S. 205). Es geht hier um die Bewertung und die Problemerkennung. Gehen wir davon aus, dass die Soziale Arbeit für die Milderung von sozialen Problemen zuständig ist, so müssen wir auch beurteilen können, ob sich aus der prognostizierten Situation ein Problem ergibt.

In einem weiteren Schritt gehen wir der Lösungsfindung nach. Dafür müssen zusammen mit den Klienten und Adressatinnen erstrebenswerte Zukunftsbilder, also Ziele ermittelt werden und die Ressourcen müssen erschlossen werden. Brack (1998) unterscheidet hier zwischen internen, materiellen und immateriellen Ressourcen (S. 17).

Kurt Possehl (2009) definiert Ziele als „gedanklich vorweggenommene zukünftige Zustände, Sachverhalte, Objekte oder Handlungsergebnisse, die ein Akteur konkret zu erreichen oder zu verwirklichen beabsichtigt“ (S. 202). Also ist es erst die Realisierungsabsicht, welche aus einem angestrebten Zustand ein Ziel macht. Ziele können auch kurz-, mittel- oder langfristig definiert werden.

In einem letzten Schritt geht es gemäss Solér et al. (2009) um die Wirkungsorientierung und die Evaluation, das heisst, das Ermitteln der Erfolgswahrscheinlichkeit, der Verträglichkeit und des Nutzens. Die Evaluation soll Klarheit geben über die Frage „Wie hat es gewirkt und welcher Aufwand war nötig?“ Es wird unterschieden zwischen Selbstevaluation und Fremdevaluation (S. 48–50).

7.1 Praxisbeispiel

Zur näheren Veranschaulichung der Problematik in der Beratungspraxis der Sozialarbeit bedienen sich die Autorinnen eines Praxisbeispiels. Sie wählen als Anschauung für eine dependente PS das folgende Fallbeispiel.

In der folgenden Analyse wird ein Fall eines Klienten eines polyvalenten Sozialdienstes beschrieben. Dieser Sozialdienst führt für zehn Gemeinden Tätigkeiten im Bereich Sozialhilfe und Kindes- und Erwachsenenschutz (Mandatsführungen und Abklärungen im Auftrag der zuständigen KESB) aus.

7.1.1 Fallbeschreibung

Severin F., 35-jährig, bezieht seit einem Jahr Sozialhilfe, nachdem er vorher während zwei Jahren Arbeitslosentaggelder bezogen hatte und danach bei der Arbeitslosenversicherung ausgesteuert wurde, da er keine Arbeitsstelle fand.

Severin F. wuchs in einem kleinen Dorf in der Agglomeration von Basel auf. Seine Eltern waren beide traditionell konservativ und es herrschte eine klare Rollentrennung zwischen Mutter und Vater: Der Vater arbeitete als Buchhalter in einer grösseren Chemiefirma in der Stadt und seine Mutter war Hausfrau. Severin F. genoss eine sehr strenge und rigide Erziehung. Er wurde selten gelobt, meist nur dann, wenn er Leistungen erbrachte und die Erwartungen seiner Eltern erfüllte. Die Erwartungen wurden vor allem vom Vater mit massiven Drohungen wie z.B. Heimeinweisung oder Familienausschluss untermauert. Severin F. entwickelte so einen vorauseilenden Gehorsam seinen Eltern gegenüber, d.h. er verschärfte die Normen von sich aus und versuchte mit allen Mitteln, diese einzuhalten. Seine eigenen Bedürfnisse wurden von ihm völlig zurückgestellt. Er hat keine Hobbys und nur ganz wenige Freunde. Severin F. erzählt, er hätte schon seit seiner Kindheit Mühe gehabt, Freunde zu finden. Er durfte seine Freunde nicht mit nach Hause bringen und hatte immer Angst, bestehende Freundschaften würden wieder auseinanderfallen.

Severin F. absolvierte eine kaufmännische Lehre auf dem Steueramt, wo er auch nach der Lehre angestellt blieb und sich bis zum Abteilungsleiter hocharbeitete. Im Alter von 23 Jahren heiratete er seine Jugendliebe, welche im Nachbardorf aufgewachsen war und die er in der 6. Klasse kennengelernt hatte. Die Ehe blieb kinderlos.

Erste gesundheitliche Schwierigkeiten zeigten sich im Alter von 30 Jahren, als er zunehmend an Schlafstörungen und Appetitlosigkeit litt. Er absolvierte damals 12- bis 14-Stunden-Arbeitstage. In seiner Stellung als Vorgesetzter wollte er es allen immer recht machen und war nicht in der Lage, Entscheidungen zu treffen. Er wurde anschliessend sowohl von seinen Vorgesetzten als auch von seinen Untergebenen gemobbt, was schlussendlich vor drei Jahren zum Verlust des Arbeitsplatzes führte. Seine Ehefrau absolvierte zur gleichen Zeit eine Weiterbildung, war sehr unabhängig und verlangte im Verlaufe der Beziehung mehr Eigenständigkeit seitens Severin F. und die Übernahme von grösserer Verantwortung. Diesen Ansprüchen konnte er nicht gerecht werden, was dazu führte, dass sich seine Frau vor drei Jahren von ihm trennte, kurz nachdem dieser seine Arbeitsstelle verloren hatte. Auf Anraten seiner Eltern zog er wieder zu ihnen zurück.

Im Erstgespräch erzählt er, dass er nicht wirklich nachvollziehen könne, wieso er trotz Hilfe der Mitarbeitenden beim RAV keine neue Stelle gefunden hatte. Zudem musste er eine IV-Anmeldung einreichen. Bis zum jetzigen Zeitpunkt sei diesbezüglich nichts passiert. Er gehe davon aus, dass ihm auf dem Sozialdienst geholfen werde.

Rein äusserlich sind keine Auffälligkeiten ersichtlich. Severin F. kommt 10 Minuten zu früh zum vereinbarten Termin. Er spricht mit leiser Stimme und nimmt keinen direkten

Blickkontakt mit der Sozialarbeiterin auf, signalisiert aber grosse Kooperationsbereitschaft. Er ist mit allem einverstanden, was die Sozialarbeiterin vorschlägt.

7.1.2 Ausgangslage

Severin F., 35-jährig, lebt in einem kleinen Dorf innerhalb einer städtischen Agglomeration in der Schweiz. Er meldet sich beim zuständigen Sozialdienst wegen finanziellen Problemen, er wurde bei der Arbeitslosenversicherung ausgesteuert und verfügt über keine Ersparnisse. Er bittet um einen Termin. Der polyvalente Sozialdienst führt für zehn Gemeinden Tätigkeiten im Bereich Sozialhilfe und Kindes- und Erwachsenenschutz (Mandatsführungen und Abklärungen im Auftrag der zuständigen KESB) aus, u.a. werden Anspruchsberechtigungen für Sozialhilfe abgeklärt.

Zur Vorbereitung dieses erbetenen Gesprächs befasst sich die zuständige Sozialarbeiterin mit ersten Fragen mit dem Ziel, anhand dieser Fragen den Sachverhalt zu vervollständigen und eine Situationsanalyse zu ermöglichen (Kähler, 2009, S. 84). Dazu bedient sie sich des 5-Säulen-Modells der Identität von Hilarion Petzold (1982) (siehe Abbildung 9), welches allen Mitarbeitenden des Sozialdienstes als Instrument zur Fallaufnahme dient.

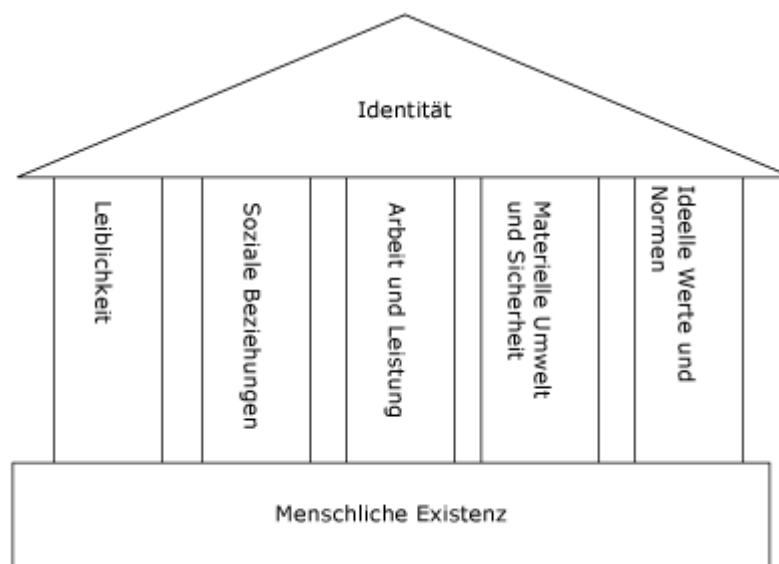


Abbildung 9 Das 5-Säulen-Modell nach Petzold, 1982, S. 174–175 (eigene Darstellung)

- **Leib/Leiblichkeit (Säule 1):** Wie ist der gesundheitliche Zustand von Herrn F.? Hat er körperliche oder allenfalls psychische Einschränkungen? Ist eine Diagnose bekannt? Wie fühlt sich Herr F. als Mann?
- **Soziales Netzwerk/soziale Bezüge (Säule 2):** Über welches soziale Netzwerk verfügt Herr F.? Hat er Angehörige, Kinder, Freunde?
- **Arbeit/Leistung (Säule 3):** Hat Herr F. noch eine Beschäftigung? Wie sieht seine Tagesstruktur aus?
- **Materielle Sicherheit (Säule 4):** Wie sieht die finanzielle Situation aus? Wann hatte Herr F. das letzte Mal Taggelder der Arbeitslosenversicherung erhalten? Hat er Schulden (Krankenkasse, Kredite, Steuerausstände etc.)? Wie sieht die Wohnsituation von Herrn F. aus? Lebt er in einer Partnerschaft? Verfügt er über Wohneigentum oder lebt er in einer Mietwohnung?

- **Werte (Säule 5):** Gehört Herr F. einer religiösen Gemeinschaft an? Ist er Mitglied einer politischen Partei? Engagiert er sich in einem Verein? Wie sieht Herr F. seine eigene Selbstwirksamkeit?

7.1.3 *Situationsbild*

Severin F. ist zum vereinbarten Termin erschienen. Bei diesem Gespräch handelt es sich gemäss Kähler (2009) um ein erbetenes Gespräch (S. 84). Die Sozialarbeiterin wird sich im Vorfeld des Gesprächs vergegenwärtigen, dass sie davon ausgehen kann, dass S.F. so einsichtig ist, er könnte seine Probleme nicht alleine lösen und Hilfe von aussen benötigen. Es ist wahrscheinlich, dass S.F. nicht ganz unbelastet in das Gespräch kommt, aber Hoffnung auf Hilfe hat.

Nach dem Gespräch sind folgende Informationen über die Situation von S.F. bekannt:

- **Leib/Leiblichkeit (Säule 1):**
S.F. erzählt, dass er vor fünf Jahren aufgrund einer ausserordentlichen beruflichen Belastung an Appetitlosigkeit und Schlafstörungen litt. Er begab sich auf Anraten seiner damaligen Ehefrau in psychiatrische Behandlung, worauf ein Burnout diagnostiziert wurde. Im Verlaufe der Therapie wurde des Weiteren eine dependente PS festgestellt. Da ihm aber der Therapeut nicht helfen konnte, hätte er die Therapie abgebrochen. S.F. leide noch heute teilweise unter den oben erwähnten Symptomen.
- **Soziales Netzwerk/soziale Bezüge (Säule 2):** Severin F. wuchs als Einzelkind auf. Nach der Scheidung von seiner Frau zog er wieder zu seinen Eltern, welche seine engsten Bezugspersonen sind. Gemäss seinen Aussagen hatte er seit seiner Kindheit Mühe, Freunde zu finden. Bestehende Freundschaften fielen des Öfteren auseinander, was S.F. nicht verstand, machte er doch alles für seine Freunde. Er durfte seine Freunde als Kind auch nicht mit nach Hause bringen.
- **Arbeit/Leistung (Säule 3):** Vor zwei Jahren verlor S.F. seine Arbeitsstelle als Abteilungsleiter beim Steueramt, nachdem er zuvor von seinen Vorgesetzten und seinen Mitarbeitenden gemobbt wurde. S.F. führt aus, dass er teilweise 12–14 Stunden täglich arbeitete und nicht nachvollziehen konnte, dass seine Leistungen nicht toleriert und gewürdigt wurden. Zurzeit geht S.F. keiner Beschäftigung nach und verbringt den Grossteil des Tages zu Hause bei seinen bereits pensionierten Eltern.
- **Materielle Sicherheit (Säule 4):** S.F. hat vor drei Wochen die letzte Auszahlung der Arbeitslosentaggelder erhalten, nachdem er die Rahmenfrist voll ausgeschöpft hatte. Er konnte gemäss eigenen Aussagen keine vermögensbildenden Ersparnisse zur Seite legen. Ansonsten hat er keine Schulden. Die Krankenkassenprämien wurden nach seiner Rückkehr in den elterlichen Haushalt wieder von seinen Eltern bezahlt, die auch keine Mietbeteiligung von ihm verlangen.
- **Werte (Säule 5):** S.F. gibt an, dass er zwar katholisch getauft sei, seinen Glauben aber nicht aktiv praktiziere. Er sei nicht Mitglied einer politischen Partei und auch nicht in einem Verein, da diese Kontakte seiner Meinung nach viel zu unverbindlich seien. Auf die Frage nach Hobbys reagiert S.F. ratlos. S.F. erzählt, dass seine Eltern beide traditionell konservativ waren. Es bestand eine klare Rollentrennung zwischen Mutter und Vater: Der Vater arbeitete als Buchhalter

in einer grösseren Chemiefirma in der Stadt und seine Mutter war Hausfrau. Severin F. genoss eine sehr strenge und rigide Erziehung. Arbeit und Familie haben für ihn einen hohen Stellenwert.

7.1.4 Problemdefinition

Die Situationsanalyse erlaubt der Sozialarbeiterin nun, die vorliegende Problemlage zu erkennen, diese zu bewerten und aufgrund von Hypothesen eine mögliche Prognose zu stellen. Hypothesen können noch mit einer Risiko-/Schutzfaktoren-Analyse untermauert werden.

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
Keine Arbeitsstelle	Hat eine Ausbildung gemacht
Seit längerer Zeit ausserhalb eines Arbeitsprozesses	
Wenige soziale Kontakte	Keine Schulden
Soziale Isolation	
Starke Bindung zu seinen Eltern	Starke Bindung zu seinen Eltern
Dependente Persönlichkeitsstörung	Therapiemöglichkeit für PS wäre vorhanden
S.F. ist nicht krankheitseinsichtig und entzieht sich Therapie	Keine körperlichen Beschwerden
	Wohnsituation aktuell nicht gefährdet
Konservative Werthaltung wird durch Zusammenleben mit Eltern noch intensiviert und untermauert zusätzlich Schemata der PS.	

Tabelle 6: Risiko- und Schutzfaktoren (eigene Darstellung)

Aufgrund der bestehenden Informationen und der Risiko-/Schutzfaktoren-Analyse werden folgende Hypothesen gebildet:

- Je mehr Zeit er nur im Elternhaus verbringt, umso grösser wird die soziale Isolation.
- Je mehr er von der Angst beherrscht wird, dass Beziehungen nicht verlässlich sind, umso mehr wird er sich zurückziehen im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung (Sachse, 2014, S. 78 ff.).
- Je weniger Arbeiten oder Aufträge ihm die Sozialarbeiterin abnimmt und ihn nur unterstützend begleitet, umso grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass S.F. positive Erfahrungen machen kann.
- Je mehr positive Erfahrungen S.F. machen kann, umso mehr wird sein Selbstvertrauen gestärkt und er wird unabhängiger.

Aus den Hypothesen lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

Es besteht das Risiko, dass sich S.F. durch fehlende Kontakte sozial isoliert und somit auch nicht die Möglichkeit hat, positive Erfahrungen im Beziehungsbereich zu machen. Durch diesen Rückzug wird er kaum in der Lage sein, eine Arbeitsstelle zu finden. Durch das fehlende regelmässige Einkommen kann er kein wirtschaftlich eigenständiges Leben führen und die Abhängigkeit von seinen Eltern wird noch grösser. Da die Eltern ihren Sohn emotional sehr an sich binden, ist es für sie auch selbstverständlich, dass er bei ihnen wohnen kann. In diesem Zusammenhang ist er keinem Druck ausgesetzt, sich eine eigene Wohnung suchen zu müssen.

Es könnte sein, dass S.F. nicht mehr fähig ist, im 1. Arbeitsmarkt tätig zu sein. Daher wäre ein Arbeitstraining in einem Integrationsprogramm einer IV-Anmeldung als Option für die inskünftige wirtschaftliche Unabhängigkeit vorzuziehen.

Da S.F. die Inanspruchnahme einer Psychotherapie verweigert, wird seine Beziehungsgestaltung weiterhin durch die Aufrechterhaltung seiner Schemata geprägt. Im Wissen um die PS kann die Sozialarbeiterin den Beratungsprozess komplementär planen und kennt die Motive, welche für S.F. handlungsleitend sind.

Aufgrund der erstellten Hypothesen und der Risiko-/Schutzfaktoren-Analyse kann die Sozialarbeiterin nun Ziele für den Problemlösungsprozess formulieren.

7.1.5 Zielformulierung

Die Sozialarbeiterin definiert kurz-, mittel- und langfristige Ziele:

Kurzfristige Ziele:

S.F. erhält wirtschaftliche Sozialhilfe.

S.F. besucht regelmässig die Sozialberatung.

S.F. kann Wünsche und Ziele selber formulieren und die entsprechenden Entscheidungen selbstständig fällen

S.F. hat eine Tagesstruktur

Eine IV-Abklärung ist eingeleitet.

Mittelfristige Ziele:

S.F. pflegt einen oder mehrere soziale Kontakte ausserhalb des Elternhauses.

S.F. hat eine eigene Wohnung.

Langfristige Ziele:

S.F. besucht regelmässig eine Psychotherapie.

Eine IV-Abklärung ist abgeschlossen.

7.1.6 Interventionsplan

Ausgehend von den oben erwähnten Zielen ergeben sich folgende Interventionen für die Sozialarbeiterin:

S.F. erhält wirtschaftliche Sozialhilfe: Die Sozialarbeiterin erstellt ein Budget nach den institutionellen Vorgaben. S.F. ist sozialhilfeberechtigt und erhält monatlich einen entsprechenden Betrag. Damit ist S.F. wirtschaftlich unabhängig.

S.F. besucht regelmässig die Sozialberatung: Nach jedem Beratungsgespräch wird der nächste Gesprächstermin vereinbart. Zur Förderung der Einsicht von S.F. dass Beziehungen auch verlässlich sein können, ist die Sozialarbeiterin angehalten, die Termine verbindlich einzuhalten.

S.F. kann Wünsche und Ziele selber formulieren und die entsprechenden Entscheidungen selbstständig fällen: Bereits während der Auftragsklärung wird die Sozialarbeiterin darauf achten, dass S.F. seine Wünsche und Ziele selber darlegt. Kann er in einem ersten Gespräch diese nicht formulieren, sind weitere Gespräche angebracht, bis der Auftrag klar von ihm definiert ist.

S.F. hat eine Tagesstruktur: Die Sozialarbeiterin fragt in der Beratung die Interessen und Fähigkeiten von S.F. ab und schlägt ihm entsprechende Angebote vor. Sie unterstützt S.F. bei der Entscheidungsfindung und organisiert im Anschluss daran das entsprechende Angebot.

Eine IV-Abklärung ist eingeleitet: Die Sozialarbeiterin thematisiert eine IV-Abklärung mit S.F. aufgrund seiner Diagnose und hilft ihm beim Ausfüllen der Anmeldeunterlagen.

S.F. pflegt einen oder mehrere soziale Kontakte ausserhalb des Elternhauses: Die Sozialarbeiterin spricht S.F. in der Beratung jeweils darauf an, ob er in der Tagesstruktur oder ausserhalb Kontakte knüpfen konnte, steht ihm für Fragen zur Seite und gibt ihm Anregungen.

S.F. hat eine eigene Wohnung: Die Sozialarbeiterin regt S.F. an, die täglichen Wohnungsinserate in der Zeitung zu lesen, und besucht mit ihm während der Beratung Internetplattformen.

S.F. besucht regelmässig eine Psychotherapie: Die Sozialarbeiterin spricht S.F. in der Beratung auf diese Möglichkeit der Unterstützung an und begleitet ihn im Entscheidungsfindungsprozess. Die effektive Therapie liegt nicht im Zuständigkeitsbereich der Sozialarbeiterin. Sie kann lediglich triagieren.

Eine IV-Abklärung ist abgeschlossen: Wird bei der Abklärung festgehalten, dass S.F. keiner Arbeit im 1. Arbeitsmarkt nachgehen kann, und wird eine IV-Rente verfügt, kann S.F. mit der Rente und Ergänzungsleistungen seinen Unterhalt selbstständig erwirtschaften. Wird bei der Abklärung festgehalten, dass er in den 1. Arbeitsmarkt integrierbar ist, wird die IV ihn diesbezüglich mit Eingliederungsmassnahmen unterstützen.

7.1.7 Evaluation

Beim aufgeführten Fallbeispiel handelt es sich um ein fiktives Beispiel. Der beschriebene Interventionsplan kann daher nicht überprüft werden und basiert demzufolge auf Hypothesen. Die aufgeführten Ziele und Interventionen entsprechen aber den Praxiserfahrungen der Autorinnen.

Gemäss Solér et al. (2009) geht es beim letzten Schritt um die Wirkungsorientierung und die Evaluation. Hier werden die Interventionen reflektiert und die daraus resultierenden Veränderungen festgehalten. Haben die Handlungen nicht zum gewünschten Ziel geführt, werden für die neuen Verhältnisse andere Ziele definiert und ein Interventionsplan erstellt (S. 48–51).

Die Wirkung der Interventionen ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Einen der wichtigsten Faktoren sehen die Autorinnen im Aufbau von verlässlichen und tragenden Beziehungen zwischen Sozialarbeitenden und Klientel. Wie bereits mehrfach erwähnt, ist dieser Punkt entscheidend in der Beratung von Menschen mit PS, bildet doch Vertrauen die Basis für eine kooperative Zusammenarbeit. Eine wertschätzende Grundhaltung von Sozialarbeitenden kann den Vertrauensprozess fördern und einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die Motivation des Klientels haben. Bezug nehmend auf Grawe (2004) verweisen die Autorinnen auf das Bedürfnis nach Unlustvermeidung und Lustgewinn, das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, welche den Grundbedürfnissen aller Menschen entsprechen und in der Beratung speziell beachtet werden müssen (S. 183–304).

Es könnte aber auch der andere Fall eintreten, dass keine Vertrauensbasis hergestellt und somit kein Arbeitsbündnis erarbeitet werden kann. S.F. würde beispielsweise jegliche Kooperation verweigern, was wiederum zur Einstellung der Sozialhilfeleistungen führen würde. An dieser Stelle wäre zu prüfen, ob der Schutzbedarf im Sinne des KESR (Kindes- und Erwachsenenschutzrecht) gegeben ist und in diesem Bereich weitere Massnahmen seitens der Sozialarbeitenden indiziert wären. Da es sich um ein fiktives Beispiel handelt, werden die letzten Anmerkungen in dieser Arbeit nicht weiter verfolgt.

Die Soziale Arbeit verfügt über verschiedene Methoden, mithilfe derer der Beratungsprozess weitergeführt werden kann. Unter Methode versteht Weber (2012) „... planvolles und zielgerichtetes Handeln, das professionell reflektiert wird“ (S. 20). So wäre zum Beispiel eine Beratung nach dem systemisch-lösungsorientierten Ansatz möglich, indem die Eltern von S.F. in den Beratungsprozess einbezogen würden. Da sich im aufgeführten Fallbeispiel mehrere Problemdimensionen ergeben und verschiedene Institutionen oder Versicherungsträger involviert sind, kann die Sozialberatung in diesem Sinne auch als Case Management verstanden werden. Case Management meint gemäss Galuske (2013), dass die Sozialarbeitenden die Klientel mit ihren spezifischen Problemen mit den passenden Dienstleistungs- oder Hilfsangeboten vernetzen und koordinieren. Hier sind v.a. planende und organisierende Tätigkeiten gefragt (S. 201).

7.2 Fazit

Aus dem oben ausgeführten Fallbeispiel, das die Autorinnen aufgrund des allgemein normativen Handlungsmodells aufgearbeitet haben, wird der zirkuläre Handlungsprozess ersichtlich. Dieser kann auf jedes einzelne Teilziel oder Teilproblem angewendet werden, aber gleichzeitig auch für den ganzen Beratungsprozess. Das Modell kann als Instrument für ein zielgerichtetes und planvolles Handeln eingesetzt werden und wird ergänzt durch die theoretischen Ausführungen am Anfang dieser Arbeit.

8 Beantwortung der Fragestellungen und Ausblick

8.1 Frage 1

Wie wird das Bild der Persönlichkeitsstörung beschrieben?

Unter Persönlichkeitsstörung sind verschiedene Erscheinungsbilder zu verstehen, welche in den Klassifizierungsinstrumenten ICD-10 und DSM-5 beschrieben sind. Durch die vielfältigen Erscheinungsformen gestaltet sich eine Klassifizierung sehr schwierig. Die medizinische Diagnosestellung obliegt dem Facharzt/der Fachärztin, was auch für diese Berufsgruppe eine grosse Herausforderung darstellt. Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung werden von ihren Interaktionspartnern und Interaktionspartnerinnen als „schwierig“ und fordernd erlebt.

Das Krankheitsbild wird in medizinischen Studien ausführlich beforscht und beschrieben, ohne aber handlungsleitende Instrumente für den Umgang bereitzustellen.

Dennoch muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass gemäss der Studie des Bundesamtes für Sozialversicherungen (2009) rund 70% aller IV-Renten aufgrund einer auffälligen Persönlichkeit verfügt wurden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: So vielfältig Persönlichkeiten sind, so facettenreich zeigen sich Persönlichkeitsstörungen.

8.2 Frage 2

Welche Erklärungen gibt es für die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen und wie wirken sie sich auf das soziale Verhalten der Betroffenen aus?

Gemäss dem Modell der doppelten Handlungsregulation handelt es sich bei Persönlichkeitsstörungen um Beziehungsstörungen. Das Modell erklärt die zentralen Beziehungsmotive und die zentralen Ziele, die Personen mit einer Persönlichkeitsstörung verfolgen.

Aufgrund negativer Beziehungserfahrungen in der Kindheit entwickelten und verinnerlichten diese Personen Annahmen, Schlussfolgerungen oder Überzeugungen (Schemata). Durch die Verfestigung genannter Schemata treten im Erwachsenenalter nicht kongruente Interaktionsmuster auf. Diese Muster wirken rigid, starr und dysfunktional in Bezug auf die Beziehungsgestaltung mit der Umwelt. Dies wiederum führt zu Missverständnissen, Beziehungsabbrüchen bis hin zur sozialen Isolation und der Unfähigkeit, ein gelingendes selbstverantwortliches Leben zu führen. Die Leistungsfähigkeit von Personen mit Persönlichkeitsstörungen ist eingeschränkt, was sich in häufigem Stellenwechsel zeigt, zu längerem Arbeitsverlust führt oder schlussendlich in einer Invaldisierung endet.

Die Problematik, welche sich primär auf der Mikroebene manifestiert (Gesundheit, Selbstkompetenz, Beziehungsfähigkeit etc.), hat auch Auswirkungen auf die Mesoebene (Leistungsfähigkeit, Wohnkompetenz, Sozialkompetenz etc.). Stark ausgeprägte Erscheinungsformen von Persönlichkeitsstörungen können auch Auswirkungen auf die Makroebene haben (Straffälligkeit, Finanzen, Exklusion etc.).

Auf allen Ebenen ist die Profession Soziale Arbeit gefordert, da sie die Aufgabe hat, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen zu fördern, das Wohlbefinden der Menschen zu heben und sie zu ermächtigen und zu befreien.

8.3 Frage 3

Welche Handlungsempfehlungen lassen sich für die Praxis der Sozialarbeit in der Beratung im Umgang mit Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung ableiten?

Wie bereits erwähnt, sind Persönlichkeitsstörungen Beziehungsstörungen. Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung zeigen ein auffälliges Verhalten, was auf Seiten der Sozialarbeitenden zu Fehlinterpretationen führen kann, indem dieses Verhalten als aktiver Widerstand gewertet wird. Aus diesem Grund ist dem Vertrauensaufbau zu Beginn einer Beratung oberste Priorität einzuräumen mit dem Ziel, eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufrechtzuerhalten. Diese Vorgehensweise soll einem möglichst gelingenden Problemlösungsprozess dienen, denn Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung werden nicht aufgrund ihrer medizinischen Diagnose eine Sozialberatung in Anspruch nehmen. Ihre Problemlagen sind oftmals mannigfaltig und bedürfen eines grossen Repertoires an Fach- und Methodenwissen der Fachpersonen.

Mit den ausgewählten Beratungsmethoden kann die Sozialarbeit auf einen grossen Fundus an Handlungsmöglichkeiten zugreifen. Dennoch erfordern sie zum Teil spezielles Wissen, welches meist nur in Weiterbildungen erworben werden kann. Daneben ist ein hohes Mass an Sozial- und Selbstkompetenz erforderlich, welches sich in selbstreflektierendem, professionellem Handeln zeigt. Fachwissen über psychiatrische Störungsbilder sind unabdingbar und müssen mit den Beratungsmethoden der Sozialarbeit verknüpft werden.

Durch die vielfältigen Erscheinungsformen von Persönlichkeitsstörungen, welche vielfach nicht auf den ersten Blick auf dieselben schliessen lassen, sind Sozialarbeitende gefordert, auch diese Krankheitsbilder bei der sozialen Diagnostik zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang weisen die Autorinnen auf die Wichtigkeit des kollegialen Fachgesprächs hin, welches zur Klärung optimaler Einschätzungen beitragen kann.

8.4 Ausblick

Die Autorinnen haben festgestellt, dass sich in Bezug auf die Beratungsmethodik nur wenig bis gar keine Literatur für Beratungssituationen mit Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung finden lässt. Dies führen sie darauf zurück, dass das Thema Persönlichkeitsstörungen zwar im medizinisch-psychiatrischen Bereich einen festen Platz hat, aber in der Sozialberatung noch nicht explizit benannt wird. So wäre eine Forschungsarbeit, welche sich mit folgenden Fragen auseinandersetzt, angezeigt.

- Besteht innerhalb der Profession ein Bedarf für das Thema Persönlichkeitsstörung?
- Werden Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung (ohne psychiatrische Diagnose) als solche erkannt?
- Wie könnte eine Sensibilisierung für das Thema Persönlichkeitsstörung in der Sozialberatung gelingen?
- Könnte eine bedarfsgerechte Weiterbildung unterstützend wirken? Und welche Inhalte müsste sie bearbeiten?

Die Autorinnen halten fest, dass in Bezug auf die professionelle Sozialberatung ein grosser Bedarf an unterstützenden Informationen und Methoden besteht. Ihrer Meinung nach könnte das Thema bereits Inhalt von Unterrichtsmodulen im Grundstudium sein in Verknüpfung mit dem personenzentrierten Ansatz von Carl Rogers.

Der Klinischen Sozialarbeit müsste nach Meinung der Autorinnen noch mehr Beachtung geschenkt werden innerhalb der Profession, übernimmt sie doch als eigener Fachbereich an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen wichtige Aufgaben in der Gesundheitsförderung und -prävention.

9 Literaturverzeichnis

- Ansen, Harald (2009). Beziehung als Methode in der Sozialen Arbeit. Ein Widerspruch in sich?. *Soziale Arbeit*, 58 (10), 381 – 389.
- Ansen, Harald (2013). Die Arbeitsbeziehung in der Sozialen Beratung: systematische und methodische Aspekte. In Wolf Rainer Wendt (Hrsg.), *Zuwendung zum Menschen in der Sozialen Arbeit* (S. 51 – 72). Lage: Jacobs Verlag.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.
- Baer, Niklas (2015). *Arbeitsprobleme und -potentiale bei psychisch kranken Menschen*. Fachstelle für psychische Rehabilitation. Psychiatrie Baselland. Unterrichtsskript Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Bamberger, Günter G. (2015). *Lösungsorientierte Beratung* (5., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Belardi, Nando (2008). Soziale Arbeit und Beratung. In Chassé, Karl August, von Wensierski, Hans-Jürgen (Hrsg.), *Praxisfelder der Sozialen Arbeit* (S. 327 – 340). Weinheim und München: Juventa.
- Belardi, Nando, Akgün, Lale, Gregor, Brigitte, Neef, Reinhold, Pfütz, Thomas, Sonnen, Fritz Rolf (2011). *Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Berger, Mathias (Hrsg.) unter Mitarbeit von Heide Hecht (2012). *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. (4., vollst. neu bearb. und erw. Aufl.). München: Elsevier GmbH.
- Birgmeier, Bernd (2014). *Handlungswissenschaft Soziale Arbeit. Eine Begriffsanalyse*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Borg-Laufs, M. & Schmidtchen, S. (2011). Beratung. In Michael Linden & Martin Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 79 -85). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bosshard, Marianne, Ebert, Ursula & Lazarus, Horst (2013). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Lehrbuch (5.Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Brack, Ruth (1997). *Das Arbeitspensum in der Sozialen Arbeit*. Bern: Haupt Verlag.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. Forschungsbericht Nr.6/09. Baer, Niklas, Frick and Fasel, Tanja.
- Caspar, Franz (2008). Motivorientierte Beziehungsgestaltung – Konzept, Voraussetzungen bei den Patienten und Auswirkungen auf Prozess und Ergebnisse. In Hermer, Matthias & Röhrle, Bernd (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1 Allgemeiner Teil* (S. 527 – 558). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Damm, Marcus (2012). *Persönlichkeitsstörungen verstehen in der Schule, Schulsozialarbeit und Jugendhilfe*. Stuttgart: Ibidem-Verlag.

- Dewe, Bernd (2015). Sozialarbeiter als „Experten wider Willen“. Zum Phänomen der Reduktion von Beratungswissen auf „Handlungsrezepte“ aufgrund sozialtechnischer Erwartungen ratsuchender Klienten – Ein Fall bedrohter Professionalität von „unten“. In Becker Lenz, Roland, Busse, Stefan, Ehlert, Gudrun, Müller-Hermann, Silke (Hrsg.), *Bedrohte Professionalität. Einschränkungen und aktuelle Herausforderungen für die Soziale Arbeit* (S. 317 – 345). Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI 10.1007/978-3-658-00352-4_15.
- De Jong, Peter & Kim Berg, Insoo (2002). *Lösungen (er) finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Duden (2010). *Die deutsche Rechtschreibung*. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag.
- Eisenmann, Peter (2012). *Werte und Normen in der Sozialen Arbeit. Philosophisch-ethische Grundlagen einer Werte- und Normenorientierung Sozialen Handelns*. (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Engel, Frank, Nestmann, Frank, Sieckendiek, Ursel (2004). „Beratung“ – Ein Selbstverständnis in Bewegung. In Nestmann, Frank, Engel, Frank, Sieckendiek, Ursel (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge* (S. 33 – 43). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Engelke, Ernst, Borrmann, Stefan, Spatscheck, Christian (2009). *Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (5. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Fiedler, Peter (2007). *Persönlichkeitsstörungen* (6.voll.überarb.Aufl.). Weinheim, Basel : Beltz Verlag.
- Franzkowiak, Peter (2009). Soziale Gesundheitsarbeit und Gesundheitsförderung. *Prävention*, 32 (3), 66 – 69.
- Frost, Angelika (2012). *Berufsethik in der Sozialpädagogik*. (1. Auflage). Köln: Bildungsv Verlag EINS GmbH.
- Gahleitner, Silke Birgitta & Pauls, Helmut (2012). Soziale Arbeit und Psychotherapie – zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen. In Thole, Werner (Hrsg.), *Grundriss soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (S. 367 – 374). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Galuske, Michael (2013). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Geissler-Piltz, Brigitte, Mühlum, Albert & Pauls, Helmut (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Reinhardt.
- Gnos, Johanna (2006). *Ethik im Beruf – Berufen zur Ethik. Über den Vorrang der Ethik in der Sozialen Arbeit*. Luzern: Hochschule für Soziale Arbeit HSA Zentralschweiz FHZ.
- Grawe, Klaus (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag GmbH & Co.
- Grossmass, Ruth, Perko, Gudrun (2011). *Ethik für soziale Berufe*. Paderborn: Ferdinand Schöningh.

- Grossmass, Ruth (2013). Ethical Reasoning – Ethik in der beruflichen Praxis. In Grossmass, Ruth & Anhorn, Roland (Hrsg.), *Kritik der Moralisation. Theoretische Grundlagen – Diskurskritik – Klärungsvorschläge für die berufliche Praxis* (S. 209 – 226). Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI 10.1007/978-3-531-19463-9.
- Haselmann, Sigrid (2009). Systemische Beratung und der systemische Ansatz in der Sozialen Arbeit. In Michel-Schwartz, Brigitta (Hrsg.), *Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis* (S. 155 – 206) (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heiner, Maja (2010). *Kompetent handeln in der Sozialen Arbeit*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.
- Herpertz, Sabine C. & Sass, Henning (2003). *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Homfeldt, Hans Günther (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In Thole, Werner (Hrsg.), *Grundriss soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (S. 489 – 503). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Huber, Wolfgang (2013). *Ethik. Die Grundfragen unseres Lebens. Von der Geburt bis zum Tod*. München: Verlag C.H. Beck oHG.
- Hurst, Marko & Dammann, Gerhard (2013). Was ist eine Persönlichkeitsstörung? *Pro Mente Sana Aktuell*, (4), 6-7.
- International Federation of Social Workers and International Association of Schools of Social Work (2004). *Ethics in Social Work, Statement of Principles*. Gefunden unter: http://www.iassw-aiets.org/uploads/file/20130506_Ethics%20in%20Social%20Work,%20Statement,%20IFSW,%20IASSW,%202004.pdf
- Kähler, Harro Dietrich (2009). *Erstgespräche in der sozialen Einzelhilfe* (5. unveränderte Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Kunz, Daniel (2010). *Handlungstheoretische Merkmale professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit - eine Zusammenfassung*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.
- Kunz, Daniel (2013). *Kontext- und Auftragsklärung in unterschiedlichen Arbeitsfeldern*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Langhorst, Kristine, Schwill, Meike (2011). Methodische Fragen. In Krüger, Rolf (Hrsg.), *Sozialberatung. Werkbuch für Studium und Berufspraxis* (S. 203 – 217). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lob-Hüdepohl, Andreas (2007). Berufliche Soziale Arbeit und die ethische Reflexion ihrer Beziehungs- und Organisationsformen. In Lob-Hüdepohl, Andreas, Lesch, Walter (Hrsg.), *Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch* (S. 113 – 161). Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh GmbH & Co.
- Mattejat, F. & Pauschardt, J. (2009). Beratung in der Klinischen Psychologie. In Warschburger, Petra (Hrsg.), *Beratungspsychologie* (S. 171 – 204). Berlin: Springer.

- Merod, Rudi (2009). *Persönlichkeitsstörungen....eine Modediagnose?* Vortrag anlässlich isfa-Tagung 2009.
- Merod, Rudi (2013). Komplexe Störungen erfordern eine massgeschneiderte Behandlung. *Pro Mente Sana Aktuell*, (4), 10-13.
- Michel-Schwartz, Brigitta (2002). *Handlungswissen der Sozialen Arbeit. Deutungsmuster und Fallarbeit*. Opladen: Leske und Budrich.
- Neuffer, Manfred (2009). *Case-Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien*. Weinheim: Juventa.
- Nissen, Gerhardt (Hrsg.). (2000). *Persönlichkeitsstörungen. Ursachen, Erkennung, Behandlung*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Obrecht, Werner (1996). Ein normatives Modell rationalen Handelns. Umriss einer wert- und wissenstheoretischen Allgemeinen normativen Handlungstheorie für die Soziale Arbeit. In SASSA (Hrsg.), *Das Theorie-Praxis-Problem als Problem der Ausbildung in Sozialer Arbeit* (S. 31 – 70). Luzern: Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Fachhochschulen für Soziale Arbeit.
- Ohling, Maria (2015). *Soziale Arbeit und Psychotherapie. Veränderung der beruflichen Identität von SozialpädagogInnen durch Weiterbildungen in psychotherapeutisch orientierten Verfahren*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Petzold, Hilarion (1982). *Rollenentwicklung und Identität. Von den Anfängen der Rollentheorie zum sozialpsychiatrischen Rollenkonzept Morenos*. Paderborn: Junfermann.
- Pikowsky, Birgit & Wild, Elke (2009). Pädagogisch-psychologische Beratung. In Wild, Elke, Möller, Jens (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie* (S. 430 – 434). Berlin: Springer.
- Possehl, Kurt (2009). *Theorie und Methodik systemischer Fallsteuerung in der Sozialen Arbeit*. Luzern: Interact.
- Preis, Wolfgang (2001). *Grundlagen der Integrativen Fallbearbeitung*. Chemnitz: Raben-Stück, Verlag für Kinder- und Jugendhilfe.
- Rechtien, Wolfgang, Waldhecker, Jessica, Lück, Helmut E., Sewz, Gabriela (Hrsg.). (2009). *Personenzentrierte Beratung. Beiträge zur Fundierung professioneller Praxis*. Köln: GwG-Verlag.
- Redlich, Alexander (1997). Psychologische Beratung ist mehr als verkürzte Therapie. In Nestmann, Frank (Hrsg.), *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis* (S.151 – 160). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Renneberg, Babette, Schmitz, Bernt, Doering, Stephan, Herpertz, Sabine & Bohus, Martin (2010). Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 55 (4), 339 - 354. DOI 10.1007/s00278-010-0748-5.
- Röh, Dieter (2013). *Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI 10.1007/978-3-531-19357-1.

- Sachse, Rainer (2013). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die psychologische Psychotherapie*. (2., überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, Rainer (2014). *Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. (10. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Schäfter, Cornelia (2010). *Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. ISBN 978-3-531-17048-0.
- Schaub, Heinz-Alex (2008). *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. Göttingen: V & R unipress.
- Schmid Noerr, Gunzelin (2012). *Ethik in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Stuttgart: W. Kolhammer.
- Schmitt, Manfred, Altstötter-Gleich, Christine (2010). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitspsychologie*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Schmocker, Beat (2008). „Soziale Arbeit“ *Wurzeln und Entwicklungsstand der Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokultureller Animation in der Schweiz*. Unveröffentlichtes Unterrichtskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Schmocker, Beat (2011). *Soziale Arbeit und ihre Ethik in der Praxis. Eine Einführung mit Glossar zum Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*. Bern: AvenirSocial – Soziale Arbeit Schweiz.
- Schneider, Kurt (1941). *Die Psychopathischen Persönlichkeiten* (5.verb. Aufl.). Wien: Franz Deuticke.
- Schulz von Thun, Friedemann (2011). *Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Seithe, Mechthild (2008). *Engaging. Möglichkeiten Klientenzentrierter Beratung in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Seithe, Mechthild (2012). *Schwarzbuch Soziale Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Solèr, Maria, Kunz, Daniel, Brühwiler, Urban & Schmocker, Beat (2009). *Einführung in allgemein erklärende und normative Handlungstheorien*. Unveröffentlichtes Unterrichtskript. Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Bern Stuttgart Wien: Haupt Verlag.
- Stemmer-Lück, Magdalena (2009). *Verstehen und Behandeln von psychischen Störungen. Psychodynamische Konzepte in der psychosozialen Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Thiersch, Hans (1977). *Kritik und Handeln. Interaktionistische Aspekte der Sozialpädagogik: gesammelte Aufsätze*. Neuwied: Luchterhand.

- Tiefel, Sandra & Zeller, Maren (Hrsg.). (2012). *Vertrauensprozesse in der Sozialen Arbeit*. Hohengehren: Schneider Verlag.
- Trost, Alexander & Schwarzer, Wolfgang (Hrsg.). (2013). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe* (5., erweiterte und aktualisierte Aufl.). Dortmund: borgmann publishing.
- Vereinte Nationen (UN) (1948). *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. Gefunden unter: <http://www.un.org/Depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>
- Von Schlippe, Arist, Schweitzer, Jochen (2012). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Weber, Esther (2012). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit*. (3., überarb. Aufl.). Luzern: Interact Verlag.
- Weinberger, Sabine (2013). *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe*. (14., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa-Verlag.
- Werner, Jillian & Nestmann, Frank (2014). Psychosoziale Beratung heute: Herausforderungen und Entwicklungspotentiale. In Schwarz, Martin B., Ferchhoff, Wilfried, Vollbrecht, Ralf (Hrsg.), *Professionalität: Wissen – Kontext. Sozialwissenschaftliche Analysen und pädagogische Reflexionen zur Struktur bildenden und beratenden Handelns* (S.617 – 629). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- WHO-Weltgesundheitsorganisation (1991/1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber Verlag.
- Widulle, Wolfgang (2012). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit*. (2., durchgesehene Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Zwilling, Michael (2007) *Handlungsmethoden in der Sozialen Arbeit. Zur Entwicklung eines integrativen Modells*. Hamburg: Kovac.

Anhang

Anhang A Übersicht zu den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen und -stilen.....I - X

Übersicht zu den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen und -stilen

Persönlichkeitsstil	Zurückhaltend-einzelgängerische Persönlichkeit
Persönlichkeitsstörung	Schizoide Persönlichkeitsstörung
Charakterisierung der Störung	<ul style="list-style-type: none"> • Distanziertheit in sozialen Beziehungen • Eingeschränkte Emotionalität • Keine engen Freunde • Wirken verschlossen und scheu
Beziehungsmotiv(e)	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung • Wichtigkeit • Verlässlichkeit • Solidarität • Autonomie
Interaktionelle Ziele Typische Schemata	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lasse dich nicht auf Beziehungen ein, sie sind nur problematisch</i> • <i>Bleibe alleine, dann ist das Leben unkompliziert</i> • <i>Verhalte dich unauffällig</i> • <i>Halte Abstand</i> • <i>Stelle dir deine eigenen Normen und Werte auf</i> • <i>Traue niemandem</i> • <i>Sei überzeugt, dass du gut alleine klar kommst</i> • <i>Sei sicher, dass du keine Beziehungen brauchst</i> <p>Im Hintergrund steht die negative Selbst- und Beziehungsschemata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beziehungen bringen nichts</i> • <i>Echte Unterstützung kriegt man sowieso nicht</i>
„Spielebene“	Diese Menschen vermeiden den Kontakt und wollen sich nicht auf andere Menschen einlassen. Sie signalisieren im direkten KlientInnenkontakt, dass sie „in Ruhe gelassen“ werden möchten. Soziale Kompetenz- und Regeldefizite. Flucht in die Autonomie.
Komplementarität	Verstehen, sich in den Bezugsrahmen von KlientInnen einfühlen, kein Druck, Respekt, vorsichtige Angebote

Persönlichkeitsstil	Wachsam-scharfsinnige Persönlichkeit
Persönlichkeitsstörung	Paranoide Persönlichkeitsstörung
Charakterisierung der Störung	<ul style="list-style-type: none"> • Tiefgreifendes Misstrauen und Argwohn • Fühlen sich von anderen ausgenutzt oder benachteiligt • Ziehen Loyalität in Zweifel • Neigen zu Streitigkeiten
Beziehungsmotiv(e)	<ul style="list-style-type: none"> • Verteidigung der eigenen Grenzen • Autonomie • Anerkennung
Interaktionelle Ziele Typische Schemata	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lasse dich nicht auf Beziehungen ein, sie sind nur problematisch</i> • <i>Bleibe alleine, dann ist das Leben unkompliziert</i> • <i>Verhalte dich unauffällig</i> • <i>Halte Abstand</i> • <i>Stelle dir deine eigenen Normen und Werte auf</i> • <i>Traue niemandem</i> • <i>Ich komme gut alleine klar</i> • <i>Ich brauche gar keine Beziehungen</i> • <i>Wenn ich nicht aufpasse, werde ich über den Tisch gezogen</i> <p>Im Hintergrund steht das negative Selbstschema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wenn ich nicht aufpasse und hart reagiere, werde ich geschädigt</i>
„Spielebene“	Diese Menschen verhalten sich extrem misstrauisch und reagieren hypersensibel auf alles, was als Abwertung, Grenzverletzung oder Beeinträchtigung interpretiert werden kann“. Insgesamt wenig manipulativ, da sehr offensichtliche Strategien. „Plustern“ sich allerdings auf, um stärker, mächtiger, gefährlicher etc. zu wirken.
Komplementarität	Respektvoll behandeln, Ressourcen anerkennen, völlige Transparenz, kein Druck, Kontrolle ermöglichen. Konfrontation erst sehr spät möglich. Vorsicht mit Lob, das schnell als Manipulation interpretiert wird.

Persönlichkeitsstil	Sorgfältig-gewissenhafte Persönlichkeit
Persönlichkeitsstörung	Zwanghafte Persönlichkeit
Charakterisierung der Störung	<ul style="list-style-type: none"> • Gründlichkeit, Genauigkeit, Rigidität • Starre Muster, Prinzipientreue
Beziehungsmotiv(e)	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung • Wichtigkeit • Solidarität • Autonomie
Interaktionelle Ziele Typische Schemata	<ul style="list-style-type: none"> • Behalte immer die Kontrolle • Sei pflichtbewusst • Stelle hohe Ansprüche • Zeige dich immer kompetent • Vermeide Unordnung • Mache keine Fehler • Mache alles alleine • Folge Normen, dann bist du sicher <p>Im Hintergrund stehen die negativen Selbst- und Beziehungsschemata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ich bin nicht okay, ich bin toxisch • In Beziehungen wird man abgewertet • Beziehungen sind unsolidarisch
„Spielebene“	Für diese Menschen sind in Beziehungen v.a. die Normen von grosser Bedeutung. Das Befolgen der Normen ist Schutz, ermöglicht gleichzeitig eine Aufwertung. Diese Menschen stellen dauernd Regeln auf und verlangen, dass ihre (rigiden) Normen umgesetzt werden.
Komplementarität	Akzeptieren, respektieren, keine Grenzverletzungen, Kontrolle ermöglichen, nicht über Normen diskutieren!

Persönlichkeitsstil	Abenteuerlich-risikofreudige Persönlichkeit
Persönlichkeitsstörung	Dissoziale Persönlichkeitsstörung
Charakterisierung der Störung	<ul style="list-style-type: none"> • Rücksichtsloses Durchsetzen eigener Ziele • Frustrationsintoleranz • Wenig echtes Einfühlungsvermögen • hohe Risikobereitschaft, fehlende Angst • Fehlende Schuldgefühle; Verletzung von Normen • Fehlende Beziehungen
Beziehungsmotiv(e)	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle • Lust/Unlust • Dominanz
Typische Schemata/Pläne	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mache klar dass dich die Gefühle anderer nicht interessieren</i> • <i>Setze dich immer durch</i> • <i>Zeige, dass du der Stärkere bist</i> • <i>Mache klar, dass immer die anderen schuld sind</i> • <i>Betone, dass du dich nicht an Regeln hältst</i> • <i>Flippe aus</i> • <i>Schlage zu, wenn etwas nicht okay ist</i> • <i>Lasse dich nicht auf verbindliche Beziehungen ein</i>
„Spielebene“	Diese Menschen versuchen Beziehungen für ihre Zwecke zu instrumentalisieren; hohes Manipulationspotenzial. Sie drohen, wollen über Regeln diskutieren und externalisieren Schuld und Verantwortung.
Komplementarität	Kontrolle ermöglichen.

Persönlichkeitsstil	Ehrgeizig-selbstbewusste Persönlichkeit
Persönlichkeitsstörung	Narzisstische Persönlichkeitsstörung
Charakterisierung der Störung	<ul style="list-style-type: none"> • Muster von Grossartigkeit • Mangel Einfühlungsvermögen • Überempfindlichkeit gegenüber Kritik • Im übertriebene Masse von der eigenen Bedeutung überzeugt • „abschaltbare“ Empathie
Beziehungsmotiv(e)	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung; starker Wunsch als Person positiv gesehen zu werden, wertgeschätzt, gemocht und geliebt zu werden • Wichtigkeit • Solidarität
Interaktionelle Ziele Typische Schemata	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mache klar, dass du etwas Besonderes bist</i> • <i>Sorge dafür, dass du immer zuerst dran kommst</i> • <i>Betone, wie einzigartig du bist</i> • <i>Tue alles, um bewundert zu werden</i> • <i>Definiere deine Ansprüche</i> • <i>Überzeuge andere, dass du kompetenter bist als sie</i> • <i>Sorge dafür, dass du Bestätigung kriegst</i> • <i>Sei souverän</i> • <i>Betone, dass du alles im Griff hast</i> • <i>Samme Statussymbole</i> • <i>Zeige dass du dich auskennst</i> • <i>Mache klar, dass du über allem stehst</i> • <i>Zeige keinerlei Schwäche</i> <p>Im Hintergrund steht jedoch negative Selbstschemata, die durch die obigen Strategien „in Schach“ gehalten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ich bin nicht gut genug</i> • <i>Ich scheitere immer wieder</i> • <i>Mich liebt sowieso keiner</i>
„Spielebene“	<p>Diese Menschen verhalten sich in Beziehungen so, dass sie Bewunderung, Anerkennung etc. erhalten.</p> <p>Typischer Test: Haben Sie als Sozialarbeiter überhaupt eine Ahnung von Geschäftsführung?</p>
Komplementarität	Nicht defizitär behandeln, respektieren, „füttern“, normalisieren, Compliance schaffen.

Persönlichkeitsstil	Expressiv-dramatische Persönlichkeit
Persönlichkeitsstörung	Histrionische Persönlichkeitsstörung
Charakterisierung der Störung	Übertriebene Emotionalität Übermässiges Verlangen nach Aufmerksamkeit Bedürfnis, ständig im Mittelpunkt zu stehen.
Beziehungsmotiv(e)	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung • Wichtigkeit; für andere Menschen bedeutsam zu sein, dazu zu gehören, ernstgenommen zu werden, und Aufmerksamkeit zu erlangen
Interaktionelle Ziele Typische Schemata	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sorge für Aufmerksamkeit, damit du wahrgenommen wirst</i> • <i>Schaue dafür, dass du im Leben anderer eine Rolle spielst</i> • <i>Betone, dass du ein „armes Schwein“ bist</i> • <i>Mache klar, dass du hilfebedürftig bist</i> • <i>Sorge dafür, dass du andere mit deiner Stimmung ansteckst</i> • <i>Mache alles, damit du beachtet wirst</i> • <i>Erzähle lustige Geschichten, damit dir jemand zuhört</i> • <i>Wirke verführerisch, damit sich andere für dich interessieren</i> <p>Im Hintergrund wirken folgende negative Selbst- und Beziehungsschemata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für mich interessiert sich niemand • Ich bin für niemanden wichtig • Ich habe keine echten Freude • Mir hört niemand zu • Beziehungen sind nicht verlässlich • Beziehungen sind nicht solidarisch
„Spielebene“	<p>Diese Menschen verhalten sich in Beziehungen so, dass sie immer im Mittelpunkt stehen und die Beziehungspartner verfügbar sind</p> <p>Typischer Test: Sie glauben nicht, was mit heute passiert ist! Ich brauch ein dieser Krisensituation dringend und noch heute Abend einen Notfalltermin bei Ihnen.</p>
Komplementarität	Wichtig nehmen, ernst nehmen, alles vermeiden, was als Desinteresse interpretiert werden kann; therapeutische/beraterische Regeln beachten

Persönlichkeitsstil	Sensibel-selbstkritische Persönlichkeit
Persönlichkeitsstörung	Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD 10) Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (DSM IV)
Charakterisierung der Störung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgeprägte Minderwertigkeitsgefühle • Angst vor sozialer Beurteilung • Schüchternheit • vermeiden soziale Kontakte <p><i>(ähnliche Symptomatik wie soziale Phobie, aber bereits im Kindes- und Jugendalter beginnend)</i></p>
Beziehungsmotiv(e)	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung; Bedürfnis, als Person (Mann bzw. Frau) anerkannt und geschätzt und als attraktiv wahrgenommen zu werden • Wichtigkeit <p><i>(im Gegensatz zur narzisstischen PS geht es weniger um die Anerkennung aufgrund von Leistung, sondern viel mehr um die Anerkennung aufgrund von Attraktivität)</i></p>
Interaktionelle Ziele Typische Schemata	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Vermeide Zurückweisung und Kritik</i> • <i>Vermeide Nähe</i> • <i>Sorge dafür, dass dich niemand auslacht</i> • <i>Sei auf der Hut, dass du nicht abgelehnt wirst</i> • <i>Vermeide alle Risiken</i> • <i>Verhindere, dass du dich schämen musst</i> <p>Im Hintergrund stehen die negativen Selbstschemata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ich bin nicht attraktiv/männlich/weiblich genug</i> • <i>Ich bin sozial inkompetent</i> • <i>Ich habe anderen nichts zu bieten</i>
„Spielebene“	<p>Verhalten sich wenig manipulativ, weil sie Aufmerksamkeit vermeiden möchten.</p> <p>Allenfalls die Nachfrage, wie das Lob vorher gemeint war etc.</p>
Komplementarität	Ernst nehmen, Verständnis signalisieren, respektvoll behandeln

Persönlichkeitsstil	Anhänglich-loyale Persönlichkeit
Persönlichkeitsstörung	Dependente Persönlichkeitsstörung
Charakterisierung der Störung	<ul style="list-style-type: none"> • Unterwürfiges Verhalten • Unfähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen • Konfliktscheu • Angst, verlassen zu werden
Beziehungsmotiv(e)	<ul style="list-style-type: none"> • Verlässlichkeit; Beziehungen sollen beständig, verlässlich, überdauernd sein und „ewig“ halten. • Solidarität
Interaktionelle Ziele Typische Schemata	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mache klar, dass du alleine nicht leben kannst</i> • <i>Fordere dauernd Unterstützung von anderen</i> • <i>Zeige, wie schwach und hilflos du bist</i> • <i>Zeige, wie bedürftig du bist</i> • <i>Frage vor Entscheidungen immer andere Menschen</i> • <i>Ordne deine Bedürfnisse unter</i> • <i>Stelle nie Forderungen an andere</i> • <i>Schaue , dass du nicht verlassen wirst</i> • <i>Vermeide Alleinsein um jeden Preis</i> • <i>Mache Beziehungen verbindlich, indem du dich unterordnest</i> <p>Im Hintergrund steht das negative Beziehungsschema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beziehungen sind nicht verlässlich</i>
„Spielebene“	<p>Diese Menschen verhalten sich in Beziehungen so, dass sie sich unterwerfen, die Wünsche von den Augen ablesen, sich auch sehr helfend und unterstützend einsetzen (um sich unentbehrlich zu machen und nicht verlassen zu werden).</p> <p>Typischer Test: Sie sind eine Supersozialarbeiterin und kennen sich da besser aus: soll ich diese Arbeitsstelle annehmen? Ich verlasse mich voll auf Ihre Meinung.</p>
Komplementarität	Loyal sein, nicht in „Spiele“ verwickeln lassen. Paradoxe Interventionen

Modifiziert nach:

- Sachse, Rainer (2012). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Bonn: Psychiatrieverlag
- Zobrist, Patrick (2014). Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Luzern: HSLU